



INVISA

Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

ATO CONVOCATÓRIO

COTAÇÃO Nº 858/2021

O **INSTITUTO VIDA E SAÚDE - INVISA**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 05.997.585.0008/56, torna público que no período de **10/09/2021 a 14/09/2021**, receberá propostas de preços para aquisição dos serviços e/ou produtos constantes na plataforma de compras do INVISA disponível em <http://invisa.org.br/compras>.

1. A presente cotação tem por objeto a escolha da proposta mais vantajosa para **AQUISIÇÃO DE MATERIAL GRÁFICO** para atender a demanda **Anual** do **Hospital Regional de Viana /MA**, sob gestão do **INVISA** através do Contrato de Gestão nº 04/2018/SES, conforme as especificações e quantidades constantes na plataforma de compras do INVISA disponível em <http://invisa.org.br/compras>.

2. As propostas de preços deverão ser enviadas através da plataforma de compras do INVISA no endereço eletrônico <http://invisa.org.br/compras> no período de **10/09/2021 a 14/09/2021**.

3. O setor de compras do **INSTITUTO VIDA E SAÚDE – INVISA** só aceitará cotações enviadas pela plataforma.

4. Os fornecedores deverão realizar cadastro através do endereço eletrônico <http://invisa.org.br/compras>.

5. As empresas proponentes só poderão enviar suas cotações pela plataforma após seja realizado o cadastro no endereço acima e desde que a empresa proponente esteja com toda a documentação exigida no certame ATUALIZADAS.

6. Informações e esclarecimentos serão prestadas pelo telefone (22) 3851-2901 (Setor de Compras) ou através do e-mail compras.ma@invisa.org.br dentro do período para envio das propostas.

7. A empresa proponente deverá preencher todos os campos constantes na proposta de preço dentro da plataforma, sob pena de desclassificação.

7.1 Os valores unitários dos itens da proposta de preço deverão suportar despesas com o transporte dos produtos e/ou realização dos serviços, não podendo ser cobrado posteriormente despesas com frete.

8. As propostas de preços serão classificadas pelo **MENOR PREÇO GLOBAL**, devendo o Proponente apresentar em sua proposta de preço apenas os itens de seu interesse.

9. O pagamento pela aquisição dos produtos será realizado em até 30 (trinta) dias, **após seja realizada a entrega de todos os itens e/ou após a prestação de serviço**, observadas as disposições que se seguem.

9.1. A realização do pagamento fica condicionada à entrega de todos os itens da Ordem de Fornecimento e ao envio da Nota Fiscal devidamente atestada por um funcionário da **CONTRATANTE**.

[Digite aqui]

9.2. Os valores constantes na Nota Fiscal devem ser os mesmos ofertados na plataforma de compras, sob pena de ter o pagamento retido.

9.3. As Notas Fiscais emitidas deverão ter obrigatoriamente a inclusão em seu corpo do número da Ordem de Fornecimento e a identificação de que “A DESPESA REFERE-SE AO CONTRATO DE GESTÃO Nº 04/2018/SES CELEBRADO COM A SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO MARANHÃO e o CNPJ para emissão da Nota Fiscal deverá ser o da filial do INVISA na Cidade de São Luís/MA, qual seja: 05.997.585/0008-56.

10. A entrega dos produtos deverá ser realizada no prazo de 07 (sete) dias corridos após a entrega da OF - Ordem de Fornecimento (documento expedido pela **CONTRATANTE** para que a **CONTRATADA** realize o fornecimento em quantidade, prazo e local definidos neste Ato Convocatório).

11. A entrega dos produtos será realizada no local descrito a seguir:

- **Hospital Regional de Viana**, localizado na Rodovia MA 014, S/N, Vila Zizi, Viana/MA - CEP: 65215-000, devendo para tanto a **CONTRATADA** realizar agendamento para entrega através dos telefones: (98) 98730-3359 / (98) 99612-0820.

12. As quantidades a serem entregues no hospital constam na plataforma de compras.

ITEM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO OU SERVIÇO	UNIDADE	QUANTIDADE
1	BLOCO ADMISSÃO DO SERVIÇO SOCIAL- 100X 1 BRANCO EAZUL	UNIDADE	36
2	BLOCO ANOTAÇÕES DE OPERAÇÃO 100X1 - BRANCO/AZUL	UNIDADE	36
3	BLOCO AVISO DE CIRURGIA 100 X 1- BRANCO/AZUL	UNIDADE	24
4	BLOCO BOLETIM DE ANESTESIA 100 X 1 - BRANCO/AZUL	UNIDADE	36
5	BLOCO BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO 100 X1 -BRANCO/AZUL	UNIDADE	600
6	BLOCO CENSO DIARIO - SERVIÇO SOCIAL 100 X 1 -BRANCO/AZUL	UNIDADE	24
7	BLOCO CENSO DIARIO FISIOTERAPIA 100 X 1 - BRANCO/AZUL	UNIDADE	24
8	BLOCO CENSO DIARIO FONOAUDIÓLOGO 100 X 1 - BRANCO /AZUL	UNIDADE	24
9	BLOCO CENSO DIARIO NIR 100 X 1 - BRANCO/AZUL	UNIDADE	24
10	BLOCO CENSO DIARIO PSICOLOGIA 100 X 1 - BRANCO/AZUL	UNIDADE	24
11	BLOCO CHECK LIST DE CIRURGIA SEGURA 100 X 1 - BRANCO/AZUL	UNIDADE	36
12	BLOCO CICLO DE AUTOCLAVE 100 X 1 - BRANCO/AZUL	UNIDADE	24
13	BLOCO CIRURGIAS GINECOLOGICAS EM GERAL (FRENTE EVERSO) 100X1 BRANCO/AZUL	UNIDADE	12
14	BLOCO COLECISTECTOMIA VIA CONVENCIONAL (FRENTE EVERSO) BRANCO/AZUL 100X1	UNIDADE	12
15	BLOCO COMISSÃO DE CONTROLE DE PRESCRIÇÃO ? SHF/CCIH100X1 BRANCO/AZUL	BLOCO	24
16	BLOCO CONTROLE DE COLETA DE AMOSTRAS E TEMPERATURA DE REFEIÇÃO 100 X 1 BRANCO/AZUL	UNIDADE	24
17	BLOCO CONTROLE DE ÓBITOS ? 100X 1 BRANCO E AZUL	UNIDADE	12
18	BLOCO DADOS PARA ANEXAR NA SOLICITAÇÃO DOHEMOCOMPONENTE 100 X 1 - BRANCO/AZUL	UNIDADE	12



INVISA

Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

19	BLOCO DE ADMISSÃO DE PSICOLOGIA ? 100X 1 BRANCO E AZUL	UNIDADE	36
20	BLOCO DE ATESTADO MÉDICO 100X1 - BRANCO E AZUL	BLOCO	36
21	BLOCO DE RELATÓRIO DE ATIVIDADE - C/ 100 FOLHAS	BLOCO	24
22	BLOCO DE RELATORIO DE TRANSFERENCIA CCIH ? 100X 1BRANCO E AZUL	UNIDADE	12
23	BLOCO DE TRANSFERENCIAS EXTERNAS BRANCO/AZUL ? 100X 1	UNIDADE	12
24	BLOCO ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO DE BOLSA 100 X 1 - BRANCO/AZUL	UNIDADE	12
25	BLOCO EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM 100X1 - BRANCO/AZUL	UNIDADE	36
26	BLOCO EVOLUÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL 100X1- BRANCO/AZUL	UNIDADE	36
27	BLOCO EVOLUÇÃO FONOAUDIOLOGO 100 X 1 - BRANCO/AZUL	UNIDADE	36
28	BLOCO EVOLUCAO NUTRICIONAL 100X1 BRANCO/AZUL	BLOCO	36
29	BLOCO EVOLUÇÃO NUTRICIONAL 100X1- BRANCO/AZUL	UNIDADE	36
30	BLOCO EVOLUÇÃO PSICOLOGIA - 100 X 1 - BRANCO/AZUL	UNIDADE	36
31	BLOCO EVOLUÇÃO PSICOLOGIA 1 100 X 1 - BRANCO/AZUL	UNIDADE	36
32	BLOCO FICHA DE ADMISSÃO NUTRICIONAL 100 X 1 -BRANCO/AZUL	UNIDADE	36
33	BLOCO FICHA DE REGISTRO DE ACIDENTES DE TRÂNSITOBANCO/AZUL 100X1	UNIDADE	24
34	BLOCO FICHA PARA CONTROLE DE OPME 15X21 BRANCO/AZUL	UNIDADE	36
35	BLOCO FISIOTERAPIA 100X1 BRANCO/AZUL FRENTE E VERSO	UNIDADE	36
36	BLOCO FONAUDIOLOGO 100 X 1 - BRANCO/AZUL	UNIDADE	36
37	BLOCO HEMORROIDECTOMIA (FRENTE E VERSO)BRANCO/AZUL 100X1	UNIDADE	12
38	BLOCO HERNIOPLASTIA INGUINAL, CRURAL E UMBILICAL(FRENTE E VERSO) BRANCO/AZUL 100X1	UNIDADE	12
39	BLOCO HISTERECTOMIA POR VIA ABDOMINAL (FRENTE E VERSO) 100X1 BRANCO/AZUL	UNIDADE	12
40	BLOCO IDENTIFICAÇÃO DE ACOMPANHANTE AUTOCOLANTEADESIVO ? 100X1 BRANCO E AZUL (10.5CM/7.4 CM)	UNIDADE	48
41	BLOCO IDENTIFICAÇÃO DE LEITO BRANCO/AZUL 100X1 COLORIDO	UNIDADE	36
42	BLOCO IDENTIFICAÇÃO DE VISIANTE AUTOCOLANTE ADESIVO ?100X1 BRANCO E AZUL (10.5CM/7.4 CM)	UNIDADE	72
43	BLOCO IDENTIFICACAO DO PACIENTE 1 (FRENTE E VERSO)BRANCO/AZUL 100X1	UNIDADE	36
44	BLOCO IDENTIFICACAO DO PACIENTE 2 (FRENTE E VERSO)BRANCO/AZUL 100X1	UNIDADE	36
45	BLOCO IDENTIFICACAO DO PACIENTE 3 (FRENTE E VERSO)BRANCO/AZUL 100X1	UNIDADE	36
46	BLOCO INVESTIGACAO COVID -19 100X1 BRANCO/AZUL	UNIDADE	12
47	BLOCO LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DEINTERNAÇÃO HOSPITALAR 100 X 1	UNIDADE	36



INVISA

Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

	BRANCO/AZUL		
48	BLOCO MAPA DE CONTROLE DE DIETAS DE PACIENTES 100X1 -BRANCO/AZUL	BLOCO	24
49	BLOCO MAPA DE PACIENTES NIR 100 X 1 - BRANCO/AZUL	UNIDADE	12
50	BLOCO MAPA DIARIO DE ENFERMAGEM 100 X 1 - BRANCO/AZUL	UNIDADE	36
51	BLOCO MONOCRÁTICO A4, EVOLUÇÃO DA FISIOTERAPIA	BLOCO	36
52	BLOCO MONOCRÁTICO A4, EVOLUÇÃO DA NUTRIÇÃO	BLOCO	36
53	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, CONDIÇÕES DO PACIENTE NO ATENDIMENTO, FRENTE	BLOCO	36
54	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, EVOLUÇÃO FISIOTERAPIA, FRENTE	BLOCO	36
55	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, LAUDO DE SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL, FRENTE	BLOCO	24
56	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, RECEITUÁRIO CONTROLADO.	BLOCO	84
57	BLOCO NUTRICIONAL DO PACIENTE VIA SONDA BRANCO/AZUL 100X1	UNIDADE	12
58	BLOCO PARECER DE ESPECIALIDADE 100 X 1 - BRANCO/AZUL	UNIDADE	12
59	BLOCO PERINEOPLASTIA E HISTERECTOMIA POR VIA VAGINAL 100X1 (FRENTE E VERSO) BRANCO/AZUL	UNIDADE	12
60	BLOCO POSTECTOMIA (FRENTE E VERSO) 100X1 BRANCO/AZUL	UNIDADE	12
61	BLOCO PRESCRIÇÃO MÉDICA 100X1 - BRANCO/AZUL	UNIDADE	192
62	BLOCO PRONTUÁRIO DE ADMISSÃO HOSPITALAR 100X1 -BRANCO/AZUL	UNIDADE	36
63	BLOCO RECEITUÁRIO 15 X 21 - BRANCO/AZUL	UNIDADE	840
64	BLOCO RECEITUÁRIO DE PSICOTRÓPICOS E ENTORPECENTES 15 X 21 - BRANCO/AZUL	UNIDADE	84
65	BLOCO REGISTRO DE CIRURGIA 100X1 BRANCO/AZUL	UNIDADE	12
66	BLOCO RELATÓRIO DE CIRURGIA 100X1 - BRANCO/AZUL	UNIDADE	36
67	BLOCO REQUISIÇÃO DE EXAMES DE LABORATÓRIO 100 X 1 -BRANCO/AZUL	UNIDADE	168
68	BLOCO SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR ?100X 1 - BRANCO E AZUL	UNIDADE	36
69	BLOCO SERVIÇO DE FISIOTERAPIA 100 X 1 - BRANCO/AZUL	UNIDADE	36
70	BLOCO SINAIS VITAIS 100 X 1 - BRANCO/AZUL	UNIDADE	240
71	BLOCO TERMO DE CONSENTIMENTO CIRURGIA GERAL (FRENTE E VERSO) 100X1 BRANCO/AZUL	UNIDADE	12
72	BLOCO TERMO DE CONSENTIMENTO DEBRIDAMENTO (FRENTE E VERSO) 100X1 BRANCO/AZUL	UNIDADE	12
73	BLOCO TERMO DE CONSENTIMENTO ORTOPEDIA (FRENTE E VERSO) 100X1 BRANCO/AZUL	UNIDADE	36
74	BLOCO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA 100X1 - BRANCO/AZUL	UNIDADE	12
75	BLOCO UTILIZAÇÃO DE OPME BRANCO/AZUL 15X21	UNIDADE	12
76	BLOCO VISITA DE ENFERMAGEM BRANCO/AZUL 100 X 1	UNIDADE	36
77	RELATÓRIO DE TRANSFUSÃO, 29,7X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	12
78	TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE SARS-COV-2 100X1 BRANCO/AZUL	UNIDADE	12

13. Recebida a OF – Ordem de Fornecimento, a **CONTRATADA** deverá enviar através do e-mail [Digite aqui]



INVISA

Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

compras.ma@invisa.org.br o cronograma de sua entrega.

14. A validade dos produtos deverá ter prazo equivalente a, no mínimo, 01 (um) ano partir da data de fabricação do produto.

15. O atraso injustificado na execução da Ordem de Fornecimento sujeitará ao licitante a aplicação de multa de mora, nas seguintes condições:

15.1. Fixa-se a multa de mora em 0,3% (três décimos por cento) por dia de atraso, a incidir sobre o valor total do ajustado na Ordem de Fornecimento, ou sobre o saldo reajustado não atendido, caso a Ordem de Fornecimento encontre-se parcialmente executada;

15.2. Os dias de atraso serão contabilizados em conformidade com o cronograma de execução do objeto.

15.3. A inexecução total ou parcial da Ordem de Fornecimento ensejará a aplicação das seguintes sanções ao licitante:

- a) Advertência;
- b) Multa compensatória por perdas e danos, no montante de 10% (dez por cento) sobre o saldo contratual reajustado não executado pelo particular.

16.A CONTRATADA deverá fornecer os produtos dentro das especificações solicitadas, atendendo aos seguintes critérios:

16.1. Especificações Técnicas: os produtos devem estar com as especificações em conformidade com o que foi solicitado: dimensão, cor, formato, etc.

16.2. Embalagem: os produtos devem ser entregues em embalagem original, em perfeito estado, sem sinais de violação, sem aderência ao produto, umidade, sem inadequação de conteúdo, identificadas, nas condições exigidas em rótulo (nos itens que se fizerem necessários).

17. É de responsabilidade exclusiva da **CONTRATADA** o descarregamento dos produtos do caminhão de transporte. A **CONTRATANTE** ficará encarregada apenas da conferência e arrumação dos produtos.

18. Os interessados deverão manter seu cadastro atualizado na plataforma através dos seguintes documentos:

- a) Contrato Social registrado;
- b) Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ);
- c) Certidões negativas de débitos Federais e Municipais da sede da Empresa;
- d) Certidão negativa de débitos estaduais e da dívida ativa em conjunto ou separadamente da sede da Empresa, conforme exigência dos Estados;
- e) Prova de regularidade no recolhimento de contribuições junto ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço;
- f) Certidão de regularidade com os Débitos Trabalhistas (CNDT);
- g) Autorização de funcionamento da Empresa expedida por órgão competente.

[Digite aqui]



INVISA

Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

19. A empresa vencedora deverá também enviar as certidões que comprovem regularidade fiscal da empresa, atualizadas, junto com a Nota Fiscal.
20. O setor de compras do **INSTITUTO VIDA E SAÚDE – INVISA** verificará as propostas incluídas na plataforma, desclassificando aquelas que não estejam em conformidade com os requisitos estabelecidos no Ato Convocatório.
21. Após análise das propostas, será declarado vencedor o fornecedor que tenha ofertado o **MENOR PREÇO GLOBAL**.
22. Em havendo apenas uma oferta e desde que atenda a todos os termos do Ato Convocatório e que seu preço seja compatível com de mercado, esta poderá ser aceita.
23. Todas as especificações do objeto contidas na proposta, tais como marca, modelo, tipo, fabricante e procedência, vinculam a **CONTRATADA**.
24. Havendo eventual empate entre propostas o setor de compras do **INSTITUTO VIDA E SAÚDE - INVISA** considera a primeira proposta enviada pela Plataforma.
25. As empresas proponentes deverão acompanhar o resultado do certame diretamente na plataforma de compras do **INVISA**.
26. Apurada a proposta de menor preço **GLOBAL**, o setor de compras do **INSTITUTO VIDA E SAÚDE - INVISA** poderá negociar com o Proponente para que seja obtido melhor preço, observado o critério de julgamento, não se admitindo negociar condições diferentes daquelas previstas neste Ato Convocatório.
27. Após declaração da Proponente vencedora, a mesma terá o prazo de até 24 (vinte quatro) horas, contados a partir da data de sua convocação para confirmar pela plataforma os itens que foram cotados e/ou declinar do direito à contratação, **sob pena de aplicabilidade das penalidades previstas no Ato Convocatório em caso de declínio posterior à confirmação na plataforma**.
28. Ao realizar a confirmação a proponente vencedora deverá anexar o contrato assinado na plataforma, sob pena de decair do direito à contratação.
29. As solicitações pelo setor de compras deverão ser respondidas em até 24 (vinte e quatro) horas.
30. Em qualquer fase do certame o setor de compras, poderá solicitar diligência destinada a esclarecer ou a complementar a instrução do processo.
31. Se a **CONTRATADA**, no ato da assinatura do Contrato ou da retirada da Ordem de Fornecimento, não comprovar que mantém as condições estabelecidas neste Ato Convocatório, ou quando, injustificadamente, recusar-se a assinar o Contrato ou retirar a Ordem de Fornecimento, poderá ser convocado outro Proponente, desde que respeitada a ordem de classificação, para, após feita a negociação, verificada a aceitabilidade da proposta e comprovados os requisitos exigidos neste Ato Convocatório, celebrar a contratação, sem prejuízo das sanções legais.

32. Durante o fornecimento, a fiscalização será exercida por um representante da **CONTRATANTE**, ao qual

[Digite aqui]



Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

competirá registrar em relatório todas as ocorrências e as deficiências verificadas e dirimir as dúvidas que surgirem no curso da execução contratual.

33.No caso do **Contrato de Gestão nº 04/2018/SES** firmado entre a **CONTRATANTE** e a **Secretaria de Estado da Saúde do MARANHÃO** por qualquer motivo, venha a ser rescindido, ter-se-á também como imediatamente resolvido e finalizado o presente fornecimento, sem que haja a necessidade de nenhuma comunicação formal neste sentido por nenhuma das partes, hipótese que não ensejará multa ou indenização às partes, independente do prazo de vigência.

34.A apresentação da proposta implica plena aceitação, por parte do Proponente, das condições estabelecidas neste Ato Convocatório e seu Anexo.

Santo Antônio de Pádua/RJ, 10 de setembro de 2021.

Bruno Soares Ripardo
Diretor-Geral
Instituto Vida e Saúde – INVISA



Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

ANEXO I

CONTRATO DE "FORNECIMENTO DE MATERIAIS GRÁFICOS PARA ATENDIMENTO HOSPITALAR" QUE ENTRE SI FAZEM, DE UM LADO, O INSTITUTO VIDA E SAÚDE - INVISA, E DE OUTRO, A EMPRESA XXXXXXXX.

Pelo presente instrumento e na melhor forma de direito, de um lado o **INSTITUTO VIDA E SAÚDE - INVISA**, inscrito no CNPJ sob o n°. 05.997.585/0008-56, com endereço na Rua dos Guriatans, Quadra 6, casa 9, Jardim Renascença, São Luís - MA, neste ato representado por seu Diretor-Geral, **Sr. Bruno Soares Ripardo**, brasileiro, solteiro, inscrito no CPF sob o n°. 110.695.987-63, doravante denominado **CONTRATANTE**, e de outro lado **XXXXXX**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob n°. **XXXXX**, situada **XXXXXX**, neste ato representada por seu sócio **XXXXXX**, brasileiro, solteiro, inscrito no CPF sob o n°. **XXXXXX**, portador da Carteira de Identidade n°. **XXXXXX**, doravante denominada **CONTRATADA**, resolvem entre si celebrar o presente **CONTRATO**, justo e contratado na melhor forma de direito, regendo-se pelas seguintes cláusulas:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1. O objeto deste contrato é o **FORNECIMENTO DE MATERIAIS GRÁFICOS PARA SUPRIR AS NECESSIDADES DO HOSPITAL REGIONAL DE VIANA**, sob gestão do INVISA através do Contrato de Gestão n° 04/2018/SES, celebrado com a Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão, **PELO PERÍODO DE 12 (doze) MESES** de acordo com as especificações e quantidades descritas no quadro abaixo e nos modelos que seguem em anexo:

ITEM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO OU SERVIÇO	UNIDADE	QUANTIDADE
1	BLOCO ADMISSÃO DO SERVIÇO SOCIAL- 100X 1 BRANCO E AZUL	UNIDADE	36
2	BLOCO ANOTAÇÕES DE OPERAÇÃO 100X1 - BRANCO/AZUL	UNIDADE	36
3	BLOCO AVISO DE CIRURGIA 100 X 1- BRANCO/AZUL	UNIDADE	24
4	BLOCO BOLETIM DE ANESTESIA 100 X 1 - BRANCO/AZUL	UNIDADE	36
5	BLOCO BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO 100 X1 - BRANCO/AZUL	UNIDADE	600
6	BLOCO CENSO DIARIO - SERVIÇO SOCIAL 100 X 1 - BRANCO/AZUL	UNIDADE	24
7	BLOCO CENSO DIARIO FISIOTERAPIA 100 X 1 - BRANCO/AZUL	UNIDADE	24
8	BLOCO CENSO DIARIO FONOAUDIÓLOGO 100 X 1 - BRANCO / AZUL	UNIDADE	24
9	BLOCO CENSO DIARIO NIR 100 X 1 - BRANCO/AZUL	UNIDADE	24
10	BLOCO CENSO DIARIO PSICOLOGIA 100 X 1 - BRANCO/AZUL	UNIDADE	24
11	BLOCO CHECK LIST DE CIRURGIA SEGURA 100 X 1 - BRANCO/AZUL	UNIDADE	36
12	BLOCO CICLO DE AUTOCLAVE 100 X 1 - BRANCO/AZUL	UNIDADE	24

[Digite aqui]



INVISA

Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

13	BLOCO CIRURGIAS GINECOLOGICAS EM GERAL (FRENTE E VERSO) 100X1 BRANCO/AZUL	UNIDADE	12
14	BLOCO COLECISTECTOMIA VIA CONVENCIONAL (FRENTE E VERSO) BRANCO/AZUL 100X1	UNIDADE	12
15	BLOCO COMISSÃO DE CONTROLE DE PRESCRIÇÃO ? SHF/CCIH 100X1 BRANCO/AZUL	BLOCO	24
16	BLOCO CONTROLE DE COLETA DE AMOSTRAS E TEMPERATURA DE REFEIÇÃO 100 X 1 BRANCO/AZUL	UNIDADE	24
17	BLOCO CONTROLE DE ÓBITOS ? 100X 1 BRANCO E AZUL	UNIDADE	12
18	BLOCO DADOS PARA ANEXAR NA SOLICITAÇÃO DO HEMOCOMPONENTE 100 X 1 - BRANCO/AZUL	UNIDADE	12
19	BLOCO DE ADMISSÃO DE PSICOLOGIA ? 100X 1 BRANCO E AZUL	UNIDADE	36
20	BLOCO DE ATESTADO MÉDICO 100X1 - BRANCO E AZUL	BLOCO	36
21	BLOCO DE RELATÓRIO DE ATIVIDADE - C/ 100 FOLHAS	BLOCO	24
22	BLOCO DE RELATORIO DE TRANSFERENCIA CCIH ? 100X 1 BRANCO E AZUL	UNIDADE	12
23	BLOCO DE TRANSFERENCIAS EXTERNAS BRANCO/AZUL ? 100 X 1	UNIDADE	12
24	BLOCO ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO DE BOLSA 100 X 1 - BRANCO/AZUL	UNIDADE	12
25	BLOCO EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM 100X1 - BRANCO/AZUL	UNIDADE	36
26	BLOCO EVOLUÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL 100X1- BRANCO/AZUL	UNIDADE	36
27	BLOCO EVOLUÇÃO FONOAUDIOLOGO 100 X 1 - BRANCO/AZUL	UNIDADE	36
28	BLOCO EVOLUCAO NUTRICIONAL 100X1 BRANCO/AZUL	BLOCO	36
29	BLOCO EVOLUÇÃO NUTRICIONAL 100X1- BRANCO/AZUL	UNIDADE	36
30	BLOCO EVOLUÇÃO PSICOLOGIA - 100 X 1 - BRANCO/AZUL	UNIDADE	36
31	BLOCO EVOLUÇÃO PSICOLOGIA 1 100 X 1 - BRANCO/AZUL	UNIDADE	36
32	BLOCO FICHA DE ADMISSÃO NUTRICIONAL 100 X 1 - BRANCO/AZUL	UNIDADE	36
33	BLOCO FICHA DE REGISTRO DE ACIDENTES DE TRÂNSITO BRANCO/AZUL 100X1	UNIDADE	24
34	BLOCO FICHA PARA CONTROLE DE OPME 15X21 BRANCO/AZUL	UNIDADE	36
35	BLOCO FISIOTERAPIA 100X1 BRANCO/AZUL FRENTE E VERSO	UNIDADE	36
36	BLOCO FONAUDIOLOGO 100 X 1 - BRANCO/AZUL	UNIDADE	36
37	BLOCO HEMORROIDECTOMIA (FRENTE E VERSO) BRANCO/AZUL 100X1	UNIDADE	12
38	BLOCO HERNIOPLASTIA INGUINAL, CRURAL E UMBILICAL (FRENTE E VERSO) BRANCO/AZUL 100X1	UNIDADE	12
39	BLOCO HISTERECTOMIA POR VIA ABDOMINAL (FRENTE E VERSO) 100X1 BRANCO/AZUL	UNIDADE	12
40	BLOCO IDENTIFICAÇÃO DE ACOMPANHANTE AUTOCOLANTE ADESIVO ? 100X1 BRANCO E AZUL (10.5CM/7.4 CM)	UNIDADE	48



INVISA

Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

41	BLOCO IDENTIFICAÇÃO DE LEITO BRANCO/AZUL 100X1 COLORIDO	UNIDADE	36
42	BLOCO IDENTIFICAÇÃO DE VISIANTE AUTOCOLANTE ADESIVO ? 100X1 BRANCO E AZUL (10.5CM/7.4 CM)	UNIDADE	72
43	BLOCO IDENTIFICACAO DO PACIENTE 1 (FRENTE E VERSO) BRANCO/AZUL 100X1	UNIDADE	36
44	BLOCO IDENTIFICACAO DO PACIENTE 2 (FRENTE E VERSO) BRANCO/AZUL 100X1	UNIDADE	36
45	BLOCO IDENTIFICACAO DO PACIENTE 3 (FRENTE E VERSO) BRANCO/AZUL 100X1	UNIDADE	36
46	BLOCO INVESTIGACAO COVID -19 100X1 BRANCO/AZUL	UNIDADE	12
47	BLOCO LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 100 X 1 BRANCO/AZUL	UNIDADE	36
48	BLOCO MAPA DE CONTROLE DE DIETAS DE PACIENTES 100X1 - BRANCO/AZUL	BLOCO	24
49	BLOCO MAPA DE PACIENTES NIR 100 X 1 - BRANCO/AZUL	UNIDADE	12
50	BLOCO MAPA DIARIO DE ENFERMAGEM 100 X 1 - BRANCO/AZUL	UNIDADE	36
51	BLOCO MONOCRÁTICO A4, EVOLUÇÃO DA FISIOTERAPIA	BLOCO	36
52	BLOCO MONOCRÁTICO A4, EVOLUÇÃO DA NUTRIÇÃO	BLOCO	36
53	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, CONDIÇÕES DO PACIENTE NO ATENDIMENTO, FRENTE	BLOCO	36
54	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, EVOLUÇÃO FISIOTERAPIA, FRENTE	BLOCO	36
55	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, LAUDO DE SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL, FRENTE	BLOCO	24
56	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, RECEITUARIO CONTROLADO.	BLOCO	84
57	BLOCO NUTRICIONAL DO PACIENTE VIA SONDA BRANCO/AZUL 100X1	UNIDADE	12
58	BLOCO PARECER DE ESPECIALIDADE 100 X 1 - BRANCO/AZUL	UNIDADE	12
59	BLOCO PERINEOPLASTIA E HISTERECTOMIA POR VIA VAGINAL 100X1 (FRENTE E VERSO) BRANCO/AZUL	UNIDADE	12
60	BLOCO POSTECTOMIA (FRENTE E VERSO) 100X1 BRANCO/AZUL	UNIDADE	12
61	BLOCO PRESCRIÇÃO MÉDICA 100X1 - BRANCO/AZUL	UNIDADE	192
62	BLOCO PRONTUÁRIO DE ADMISSÃO HOSPITALAR 100X1 - BRANCO/AZUL	UNIDADE	36
63	BLOCO RECEITUÁRIO 15 X 21 - BRANCO/AZUL	UNIDADE	840
64	BLOCO RECEITUARIO DE PSICOTROPICOS E ENTORCEPENTES 15 X 21 - BRANCO/AZUL	UNIDADE	84
65	BLOCO REGISTRO DE CIRURGIA 100X1 BRANCO/AZUL	UNIDADE	12
66	BLOCO RELATÓRIO DE CIRURGIA 100X1 - BRANCO/AZUL	UNIDADE	36
67	BLOCO REQUISICAÇÃO DE EXAMES DE LABORATÓRIO 100 X 1 - BRANCO/AZUL	UNIDADE	168
68	BLOCO SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR ? 100X 1 - BRANCO E AZUL	UNIDADE	36



INVISA

Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

69	BLOCO SERVIÇO DE FISIOTERAPIA 100 X 1 - BRANCO/AZUL	UNIDADE	36
70	BLOCO SINAIS VITAIS 100 X 1 - BRANCO/AZUL	UNIDADE	240
71	BLOCO TERMO DE CONSENTIMENTO CIRURGIA GERAL (FRENTE E VERSO) 100X1 BRANCO/AZUL	UNIDADE	12
72	BLOCO TERMO DE CONSENTIMENTO DEBRIDAMENTO (FRENTE E VERSO) 100X1 BRANCO/AZUL	UNIDADE	12
73	BLOCO TERMO DE CONSENTIMENTO ORTOPEdia (FRENTE E VERSO) 100X1 BRANCO/AZUL	UNIDADE	36
74	BLOCO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA 100X1 - BRANCO/AZUL	UNIDADE	12
75	BLOCO UTILIZACAO DE OPME BRANCO/AZUL 15X21	UNIDADE	12
76	BLOCO VISITA DE ENFERMAGEM BRANCO/AZUL 100 X 1	UNIDADE	36
77	RELATÓRIO DE TRANSFUÇÃO, 29,7X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	12
78	TESTE RAPIDO PARA DETCCÃO DE SARS-COV-2 100X1 BRANCO/AZUL	UNIDADE	12

2. A **CONTRATADA** responsabiliza-se pelo fornecimento dos materiais ao Hospital Regional de Viana, localizado na Rodovia MA 014, S/N, Vila Zizi, Viana/MA - CEP: 65215-000.

3. Os objetos deste contrato deverão atender às especificações e quantidades constantes no quadro acima e nos modelos que seguem em anexo.

4. A compra dos materiais será realizada mensalmente, de acordo com a quantidade necessária para atender a necessidade/demanda do mês, e serão fornecidos após o recebimento da Ordem de Fornecimento.

CLÁUSULA SEGUNDA - DO FORNECIMENTO DO PRODUTO

1. A **CONTRATADA** fornecerá os materiais objeto do presente contrato através de seus sócios, prepostos, empregados e terceiros por ela indicados, que não terão nenhum vínculo empregatício com a **CONTRATANTE**, em nenhuma hipótese, nem mesmo de forma olidária ou subsidiária, não existindo subordinação entre os empregados da **CONTRATADA** e da **CONTRATANTE**, devendo, ainda, a **CONTRATADA**:

1.1. Certificar-se de que os materiais fornecidos satisfaçam, em todos os momentos, todas as descrições e/ ou especificações estabelecidas neste instrumento e na legislação aplicável;

1.2. Operar como uma organização completa e independente da **CONTRATANTE**, fornecendo todos os recursos necessários à execução deste Contrato, respondendo pela direção técnica e administrativa dos serviços;

1.3. Fornecer os materiais com toda a devida diligência, habilidade e cautela.

CLÁUSULA TERCEIRA - DO PRAZO

1. O prazo de vigência do presente contrato é de **12 (doze) meses**, tendo **início em xxxx e término em xxx** podendo ser prorrogado, por conveniências das partes,

[Digite aqui]



Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

através de Termo Aditivo.

CLÁUSULA QUARTA - DO VALOR DO CONTRATO

1. O **CONTRATANTE** pagará a **CONTRATADA**, pela aquisição dos materiais **os valores especificados na Proposta Comercial**, que rubricada pelas partes, passa a fazer parte integrante do presente, enviada pela **CONTRATADA** através do Ato Convocatório nº 858/2021/MA.

1.1. O preço estabelecido nesta Cláusula será pago em até 30 (trinta) dias, mediante envio de **NOTA FISCAL** pela **CONTRATADA**, observadas as disposições que se seguem.

1.2. Os pagamentos somente serão efetuados, no prazo e condições estabelecidas no presente contrato, após seja realizado o respectivo repasse de valores pela **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO MARANHÃO, inscrita no CNPJ nº 02.973.240/0001-06, referente ao CONTRATO DE GESTÃO Nº 04/2018/SES, firmado entre a CONTRATANTE e a Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão**, em razão da natureza deste contrato e da condição de Organização Social sem fins lucrativos da **CONTRATANTE**.

1.3. O **CONTRATANTE** ficará constituído em mora caso não realize o pagamento das faturas, devidas a **CONTRATADA**, após o recebimento do repasse pelo Parceiro Público (**Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão**). Nesse caso o **CONTRATANTE** sujeita-se ao pagamento de multa contratual de 2% (dois por cento) e juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês, incidentes sobre o valor corrigido monetariamente **pro rata dies** com base na variação do **INPC** verificada no período.

2. A **CONTRATADA** deverá apresentar em até 07 (sete) dias corridos, contados da data de recebimento da Ordem de Fornecimento, a Nota Fiscal com o atestado de recebimento da execução do fornecimento à **CONTRATANTE, acompanhada da Ordem de Fornecimento e dos documentos que comprovem a regularidade fiscal da empresa, através dos seguintes documentos:**

2.1. **Certidões Negativas de Débitos Federais, Estaduais e Municipais da sede da empresa, válidas no dia de sua apresentação;**

2.2. **Certidão negativa de débitos estaduais e da dívida ativa em conjunto ou separadamente da sede da Empresa, conforme exigência dos Estados, válidas no dia de sua apresentação;**

2.3. **Prova de recolhimento de contribuições junto ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), válida no dia de sua apresentação;**

2.4. **Certidão de Regularidade com os Débitos Trabalhistas (CNDT), válida no dia de sua apresentação.**

3. Na nota fiscal deverá constar número da Ordem de Fornecimento, o nome do Hospital em que os materiais foram entregues e a informação de que a aquisição dos materiais corresponde ao Contrato de Gestão nº 04/2018/SES celebrado com a Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão.

4. Os pagamentos em favor da **CONTRATADA** serão realizados exclusivamente por
[Digite aqui]



Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

meio de depósito bancário na seguinte conta em nome da empresa:

Banco: XXXXX
Agência: XXXXX
Conta Corrente: XXXX

5. Os preços constantes na Proposta Comercial da **CONTRATADA** serão fixos e irrevogáveis durante a vigência do presente contrato.

5.1. A alteração de preço dos materiais, objeto deste contrato, só poderá ocorrer mediante aceitação do **CONTRATANTE**, devendo a **CONTRATADA**, justificá-lo mediante a juntada de documentos e planilha que demonstre a composição do novo preço.

CLÁUSULA QUINTA - PRAZO, LOCAL E CONDIÇÃO DE ENTREGA E RECEBIMENTO DO OBJETO

1. O prazo máximo para a entrega do objeto, é de 07 (sete) dias corridos contados a partir da data de recebimento da Ordem de Fornecimento. Facultativamente, desde que devidamente justificado e autorizado pelo Departamento de Compras da **CONTRATANTE**, o prazo de entrega poderá ser prorrogado uma única vez por igual período.

2. Após recebimento da Ordem de Fornecimento a **CONTRATADA** deverá realizar o agendamento da entrega e enviar o cronograma de sua entrega através do e-mail compras.ma@invisa.org.br.

3. O local de entrega do objeto deste contrato será o do Hospital Regional de Viana, localizado na Rodovia MA 014, S/N, Vila Zizi, Viana/MA - CEP: 65215-000 ou no local fornecido pela **CONTRATANTE** na Ordem de fornecimento.

4. Condição de Entrega:

4.1. A **CONTRATADA** entregará os materiais, obrigatoriamente, de acordo com as especificações contidas na Cláusula Primeira e com os modelos em anexo.

4.2. É de responsabilidade exclusiva da **CONTRATADA** o descarregamento dos materiais do veículo de transporte. A **CONTRATANTE** ficará encarregada apenas da conferência e arrumação dos materiais.

5. Condição de Recebimento:

5.1. Os materiais serão recebidos pela **CONTRATANTE**, sendo as notas fiscais devidamente atestadas.

5.2. Os materiais deverão ser entregues em embalagens adequadas, entendendo-se como tal aquelas que condicionam devidamente os materiais, envelopes ou outros acondicionamentos similares, que correspondam efetivamente à apresentação do produto.

5.3. O setor responsável pelo recebimento dos materiais, verificará no ato da entrega pela **CONTRATANTE** as condições físicas apresentadas pelo objeto, ou seja, se estão de acordo com o constante na Ordem de Fornecimento. Caso estas

[Digite aqui]



Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

condições não sejam satisfatórias, a remessa poderá ser devolvida ou recusada, devendo ser repostada por outra, no prazo de 02 (dois) dias úteis, independentemente da aplicação das penalidades previstas.

5.3.1. O aceite do objeto pelo **CONTRATANTE** não exclui a responsabilidade da **CONTRATADA** por vícios de qualidade ou técnicos, aparentes ou ocultos, ou em desacordo com as especificações estabelecidas neste contrato.

CLÁUSULA SEXTA - DA AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO

1. Após a emissão da Ordem de fornecimento pela **CONTRATANTE**, a **CONTRATADA** ficará autorizada a iniciar o fornecimento dos materiais.

2. A **CONTRATANTE** enviará, mensalmente, Ordem de Fornecimento a **CONTRATADA** requisitando os itens conforme demanda da Unidade de Saúde.

CLÁUSULA SÉTIMA - DAS PENALIDADES

1. O atraso injustificado na execução da Ordem de Fornecimento sujeitará a **CONTRATADA** a aplicação de multa de mora, nas seguintes condições:

1.1. Fixa-se a multa de mora em 0,3% (três décimos por cento) por dia de atraso, a incidir sobre o valor total do ajustado na Ordem de Fornecimento, ou sobre o saldo reajustado não atendido, caso a Ordem de Fornecimento encontre-se parcialmente executada;

1.2. Os dias de atraso serão contabilizados em conformidade com o cronograma de execução do objeto.

1.3. A inexecução total ou parcial da Ordem de Fornecimento ensejará a aplicação das seguintes sanções ao licitante:

1.3.1. Advertência;

1.3.2. Multa compensatória por perdas e danos, no montante de 10% (dez por cento) sobre o saldo contratual reajustado não executado pelo particular.

2. A **CONTRATADA** fica sujeito a multa de 5% (cinco por cento) sobre o valor do presente contrato, por descumprimento de qualquer das obrigações decorrentes do mesmo, não previstas nas demais disposições desta cláusula.

3. As sanções são independentes e a aplicação de uma não exclui a das demais, quando cabíveis.

4. O **CONTRATANTE** poderá descontar dos pagamentos eventualmente devidos à **CONTRATADA**, os valores correspondentes à aplicação de multa contratual ou, se for o caso, efetuar cobrança judicial.

CLÁUSULA OITAVA – DAS OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DA CONTRATADA

1. A **CONTRATADA** responsabilizar-se-á integralmente, nos termos da legislação vigente, pelo fornecimento do produto especificado no quadro da cláusula primeira dentro do prazo, após o recebimento da Ordem de Fornecimento, observando o

[Digite aqui]



Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

estabelecido nos itens a seguir:

1.1. Adotar todas as providências necessárias para a fiel execução do objeto do presente contrato em conformidade com as disposições do Ato Convocatório nº. 858/2021/MA e do presente contrato, executando-o com eficiência, presteza e pontualidade.

1.2. Prestar os serviços gráficos com a impressão de material, de acordo com os modelos solicitados pela CONTRATANTE que seguem em anexo.

1.3. Proceder com a entrega do produto, mediante a solicitação por Ordem de Fornecimento enviada por e-mail ou de outra forma de interesse da **CONTRATANTE**;

1.4. Entregar os materiais em suas respectivas caixas originais, embalados e lacrados, sem avarias.

1.5. Satisfazer, rigorosamente, o objeto deste contrato, entregando os materiais em conformidade com todas as condições e os prazos estabelecidos neste contrato e no Ato Convocatório nº. 858/2021/MA, bem como toda e qualquer exigência legal aplicável ao presente caso.

1.6. Apresentar, quando solicitada, as certidões fiscais;

1.7. Responsabilizar-se pelo transporte, carga e descarga dos materiais, no local estabelecido para entrega;

1.8. A **CONTRATADA** assume todo o custeio com o frete dos materiais.

1.9. Fornecer os materiais de acordo com as especificações constantes na Cláusula Primeira e de acordo com os modelos em anexo;

1.10. Só será aceita a mudança do material com anuência por escrito da **CONTRATADA**.

1.11. Comunicar imediatamente ao **CONTRATANTE** qualquer ocorrência ou anormalidade no fornecimento do objeto;

1.12. Assumir total responsabilidade sob o fornecimento do objeto deste contrato, e responsabilizar-se por quaisquer prejuízos que sejam causados ao **CONTRATANTE** ou a terceiros;

1.13. Arcar com as despesas decorrentes da não observância das condições constantes deste contrato e do Ato Convocatório nº. 858/2021/MA, bem como de infrações praticadas por seus funcionários, ainda que no recinto do **CONTRATANTE**.

1.14. Arcar com o pagamento de todos os tributos, encargos e demais obrigações que incidam sobre o fornecimento.

1.15. Manter sigilo absoluto, não veiculando publicidade acerca deste contrato, salvo se houver prévia autorização do **CONTRATANTE**.



Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

1.16. Entregar os materiais acompanhados de nota fiscal discriminando-os, de acordo com as especificações técnicas.

1.17. A CONTRATADA será a única responsável pela entrega do(s) material(s), sendo vedada a transferência total ou parcial dos direitos e obrigações oriundos deste contrato a terceiros;

1.18. A CONTRATADA facilitará a **CONTRATANTE** o acompanhamento e a fiscalização Permanente dos fornecimentos e prestará todos os esclarecimentos que lhe forem solicitados pelos funcionários da **CONTRATANTE** designados para tal fim.

2. Será de responsabilidade exclusiva e integral da **CONTRATADA** a utilização de profissionais para a execução do objeto deste contrato, incluídos os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais, resultantes de vínculo empregatício, cujo ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser repassados para a **CONTRATANTE**.

2.1. O fornecimento do objeto do presente contrato não implica em vínculo empregatício nem de exclusividade entre a **CONTRATANTE** e a **CONTRATADA**.

CLÁUSULA NONA - DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE

1. Acompanhar a execução do contrato, exercendo ampla e irrestrita fiscalização do objeto, a qualquer hora, determinando o que for necessário à regularização das faltas ou defeitos observados, inclusive quanto às obrigações da **CONTRATADA** constante no presente contrato e no Ato Convocatório 858/ 2021/ MA.

2. Efetuar os pagamentos de acordo com os preços constantes Proposta Comercial da **CONTRATADA**.

3. Permitir, desde que necessário, o livre acesso dos funcionários da **CONTRATADA** em suas dependências, para fins de realização da entrega dos materiais.

4. Prestar informações e esclarecimentos restritos ao objeto deste contrato sempre que solicitados pelos empregados da **CONTRATADA**.

5. Rejeitar o fornecimento dos materiais objeto do presente contrato, por terceiros, sem autorização expressa das partes.

6. Solicitar a substituição dos materiais que apresentarem avarias, sem qualquer ônus ao **CONTRATANTE**.

7. Atestar as faturas correspondentes e supervisionar o fornecimento dos materiais por intermédio de um funcionário designado para este fim.

8. Comunicar por escrito a **CONTRATADA** quaisquer irregularidades observadas na execução dos serviços contratados.

9. Proporcionar todas as facilidades necessanas à boa execução deste Contrato, inclusive comunicando à **CONTRATADA**, por escrito e tempestivamente, qualquer mudança na administração, endereço de cobrança e local de prestação dos serviços, ou falhas ou irregularidades.

CLÁUSULA DÉCIMA - DA SUBCONTRATAÇÃO

[Digite aqui]



INVISA

Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

1. A **CONTRATADA** fica expressamente proibida de subcontratar parcial ou totalmente as obrigações assumidas por este instrumento, sob pena de rescisão.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DA INEXECUÇÃO E DA RESCISÃO

1. O Contrato poderá ser imediatamente rescindido por qualquer uma das partes, na hipótese de inexecução de qualquer uma das obrigações contratuais pela outra, independentemente da concessão de pré-aviso ou notificação, ressalvado ainda o direito da parte prejudicada pelo inadimplemento pleitear da outra indenização pelas perdas e danos experimentados.

2. O Contrato poderá ser ainda rescindido por mútuo acordo ou por iniciativa de qualquer das partes, a qualquer tempo, antes do término do prazo previsto no **item 1 da Cláusula Terceira**, mediante prévia comunicação por escrito e com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, independentemente do pagamento de multa ou indenização à outra;

3. O Contrato poderá ser rescindido se qualquer das partes ceder ou transferir o mesmo à terceiros, sem a prévia anuência da outra parte, por escrito.

4. O Contrato poderá ser rescindido se qualquer das partes se tornar comprovadamente insolvente, requerer recuperação judicial ou extrajudicial ou autofalência, ou ter a sua falência requerida ou decretada.

5. O presente Contrato poderá ainda ser resolvido, sem que haja incidência de cláusula penal, nas seguintes hipóteses:

6. Na superveniência de caso fortuito, de força, maior ou fato impeditivo à consecução dos objetivos sociais das partes, em razão de decisão judicial ou por ordem dos poderes públicos competentes, que inviabilizem a continuidade de execução do presente Contrato;

7. Por critério exclusivo de conveniência e oportunidade da **CONTRATANTE** sem que haja incidência de multa e indenizações de qualquer natureza.

8. Caso o Contrato de Gestão firmado entre o **CONTRATANTE** e a Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão, por qualquer motivo, venha a ser rescindido, ter-se-á também como imediatamente resolvido e finalizado o presente Contrato, sem incidência de qualquer multa às partes, independente do prazo de vigência.

9. Vencido os 12 (doze) meses do prazo contratual, fica o mesmo rescindido automaticamente.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

1. Cada parte será responsável isoladamente pelos atos que der causa, respondendo perante quem de direito, inclusive pelos atos praticados por prepostos que agirem legalmente em seu nome e, particularmente, com relação às obrigações legais, fiscais e econômicas quer der causa.

2. Nas ações judiciais, inclusive reclamações trabalhistas, e eventuais procedimentos administrativos, o **CONTRATANTE** fica, desde Ja, eximido de



INSTITUTO VIDA E SAÚDE

www.invisa.org.br

quaisquer responsabilidades, aplicando-se ao caso concreto uma das formas de intervenção de terceiros, previstas no Código de Processo Civil, especialmente a denunciação à lide, com o que concorda desde já e expressamente a **CONTRATADA**, declarando a mesma que aceitará, incondicionalmente, tal denunciação.

3. A **CONTRATADA** declara expressamente ter pleno conhecimento do teor do Enunciado n.º 331, do Tribunal Superior do Trabalho, comprometendo-se, neste ato, a responder perante o **CONTRATANTE** por todas as verbas, valores, encargos ou ônus decorrentes do eventual reconhecimento de vínculo empregatício pela Justiça do Trabalho em Reclamação Trabalhista ou qualquer outro procedimento que vier a ser, eventualmente, promovido pelos funcionários caso os tenha, da **CONTRATADA** contra o **CONTRATANTE**.

4. A **CONTRATADA** reconhecerá como de sua responsabilidade, o valor líquido e certo eventualmente apurado em execução de sentença proveniente da Justiça do Trabalho em processo intentado contra o **CONTRATANTE** por qualquer funcionário, caso tenha, ou ainda valor que for ajustado amigavelmente entre as partes, nos autos de processo judicial ou em que o **CONTRATANTE** figurar como reclamada, ou ainda em procedimento extrajudicial, comprometendo-se desde logo a **CONTRATADA** a acatar tais composições amigáveis feitas entre o **CONTRATANTE** e o reclamante.

5. Eventuais despesas e custas processuais, dependidos pelo **CONTRATANTE** também serão ressarcidos imediatamente pela **CONTRATADA**, que desde já os reconhece como sendo de sua responsabilidade, servindo os recibos, guias ou notas, como comprovantes de pagamento e documentos hábeis à instruir cobrança, ficando também de responsabilidade da **CONTRATADA** o pagamento de honorários advocatícios suportados pelo **CONTRATANTE**.

6. A responsabilidade técnica e profissional pelo fornecimento dos materiais, bem como a civil e criminal junto aos órgãos e poderes competentes, será exclusiva da **CONTRATADA** e de seus sócios.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DOS CASOS OMISSOS

1. A execução do presente Contrato, bem como os casos omissos, regular serão pelas Cláusulas Contratuais, aplicando se lhes, supletivamente, os Princípios da Teoria Geral dos Contratos e as disposições de Direito Público e/ou Privado.

CLAUSULA DÉCIMA QUARTA - DO FORO

1. As partes elegem o foro da Justiça do Estado do Maranhão, na cidade de São Luís - MA, para dirimir quaisquer dúvidas que surgirem na execução do presente Instrumento.

E, para firmeza e como prova de assim haverem, entre si, ajustado e contratado, lavrou-se o presente Contrato em 02 (duas) vias de igual teor e forma, para todos os fins de direito, sem rasuras ou emendas, o qual depois de lido e achado conforme perante duas testemunhas, a todo o ato presente, vai pelas partes assinado, as quais se obrigam a cumpri-lo.

São Luís/MA, xx de xxxx de 2021.



INVISA

Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

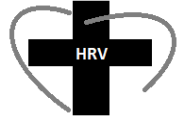
BRUNO SOARES RIPARDO
INVISA - INSTITUTO VIDA E SAÚDE
CONTRATANTE

CONTRATADA
XXXXXXX

TESTEMUNHAS:

Nome:
End.:
CPF:

Nome:
End.:
CPF:



ESTADO DO MARANHÃO
 Secretaria de Estado da Saúde
HOSPITAL REGIONAL DE VIANA
 Rodovia MA 014 s/nº Vila Zizi – Viana (MA)
 (98) 3351-0777 / 3351-1938

BOLETIM DE ATENDIMENTO

NOME: _____	REGISTRO: _____
DATA DE NASC. ____/____/____ IDADE: _____ SEXO: _____ COR: _____	
ENDEREÇO: _____ Nº: _____	
BAIRRO: _____ FONE/CELULAR: _____	
CIDADE: _____ UF: _____ ESTADO CIVIL: _____	DATA: _____
MÃE: _____	
PAI: _____	
CNS: _____ PRONTUÁRIO: _____	HORA: _____
RECEPCIONISTA: _____	
Médico: _____ Especialidade: CLÍNICA MÉDICA Clínica: MÉDICA	
Procedimento: ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA	
SAI/SUS: 0301060061 Modalidade: HOSPITALAR Caráter: URGÊNCIA	

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO VERMELHO AMARELO VERDE AZUL

Queixas: _____

Pressão Arterial	Pulso	Temperatura	Freq. Respi. Rat.	Peso	Altura	SAT O2	HGT

Alergias: _____ Hora: _____

Medicação em uso: _____

Doenças pré-existentes: HAS DM IRC Outras: _____

Carimbo e Assinatura do Profissional

ATENDIMENTO MÉDICO:

Anamnese: _____

Hipóteses diagnósticas: _____

Prescrição: _____

Carimbo e Assinatura do Profissional

Nutrição

HORÁRIO	PREPARAÇÃO	AÇÃO DE DISPOSIÇÃO	RESPONSÁVEL
	Salada: crua		
	Salada: cozida		
	Arroz comum		
	Arroz pastoso		
	Opção pastosa		
	Feijão:		
	Macarrão:		
	Proteína p/ funcionário:		
	Proteína p/ paciente:		
	Proteína pastosa:		
	Farofa:		
	Sopa/Canja		

CONTROLE DE COLETA DE AMOSTRAS E TEMPERATURA DE REFEIÇÕES
DE PACIENTES E FUNCIONÁRIOS

DATA / /

HORÁRIO	PREPARAÇÃO	AÇÃO DE DISPOSIÇÃO	RESPONSÁVEL
	Salada: crua		
	Salada: cozida		
	Arroz comum		
	Arroz pastoso		
	Opção pastosa		
	Feijão:		
	Macarrão:		
	Proteína p/ funcionário:		
	Proteína p/ paciente:		
	Proteína pastosa:		
	Farofa:		
	Sopa/Canja		

CONTROLE DE COLETA DE AMOSTRAS E TEMPERATURA DE REFEIÇÕES
DE PACIENTES E FUNCIONÁRIOS

DATA / /

HORÁRIO	PREPARAÇÃO	AÇÃO DE DISPOSIÇÃO	RESPONSÁVEL
	Salada: crua		
	Salada: cozida		
	Arroz comum		
	Arroz pastoso		
	Opção pastosa		
	Feijão:		
	Macarrão:		
	Proteína p/ funcionário:		
	Proteína p/ paciente:		
	Proteína pastosa:		
	Farofa:		
	Sopa/Canja		

CONTROLE DE COLETA DE AMOSTRAS E TEMPERATURA DE REFEIÇÕES
DE PACIENTES E FUNCIONÁRIOS

DATA / /



HOSPITAL REGIONAL DE VIANA
SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA



CONTROLE DE PRESCRIÇÃO DE ANTIMICROBIANOS - SHF/CIH

Nome: _____ Prontuário _____

Clinica: _____ Ent. _____ Leito _____ Admissão _____ / _____ / _____

Peso _____ Idade _____ Sexo () Masc. () Fem Gestante: () Sim () Não

Indicação de Antimicrobiano: () Profilático () Terapêutico

Se uso profilático por tempo maior do que 48 horas, justifique: _____

Topografia da Infecção: () Trato Urinário () Respiratório () Cirurgia () Corrente Sanguínea () Pele e Tecido Subcutâneo () Outra: _____

Antimicrobiano/Dosegem	Via	Posologia	Tempo (dias)
1			
2			
3			

Se o tempo de uso do antimicrobiano for maior do que 14 dias, justifique: _____

Data: _____ / _____ / _____ Identificação do Médico: _____

Parecer: () De acordo Observação: _____ () Contrário _____

Data: _____ / _____ / _____ CCIH _____



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE VIANA - MA



MÊS: _____

PACIENTE: _____

SETOR: _____

LEITO: _____

ADMISSÃO: ____/____/____

DIA	SD - PROFISSIONAL/ CARIMBO	SN - PROFISSIONAL/ CARIMBO
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

DIA	SD - PROFISSIONAL/ CARIMBO	SN - PROFISSIONAL/ CARIMBO
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		

DIA	SD - PROFISSIONAL/ CARIMBO	SN - PROFISSIONAL/ CARIMBO
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
31		

OBS: _____

PACIENTE		Idade	Quarto	Leito	Registro
Clínica		Categoria		Data	Horas
Operação					
Ambulatório <input type="checkbox"/>		Séptica <input type="checkbox"/>		Asséptica <input type="checkbox"/>	
Cirurgião		1º Auxiliar		2º Auxiliar	
Instrumentador			Anestesista		
Anestesia					
Preparo					
Material Especial					
Congelação <input type="checkbox"/>		Raios X <input type="checkbox"/>		Serra Elétrica <input type="checkbox"/>	
Transf. Sangue <input type="checkbox"/>		500 ml <input type="checkbox"/>		1000 ml <input type="checkbox"/>	
		2000 ml <input type="checkbox"/>		UTI. O. Sim <input type="checkbox"/>	
				Não <input type="checkbox"/>	
Médico		Enfermeiro(a)		Marcado em ____/____/____	



ESTADO DO MARANHÃO
Secretaria de Estado da Saúde
HOSPITAL REGIONAL DE VIANA

Rodovia MA 014 s/nº Vila Zizi – Viana (MA) REGIONAL DE VIANA – MA
(98) 3351-0777 / 3351-1938

RECEITUÁRIO DE PSICOTRÓPICOS E ENTORPECENTES

Nº: _____

LEITO: _____

PACIENTE	_____
MEDICAMENTOS	
<p style="text-align: right;">DATA: ____/____/____</p>	
	Entregue por: _____ Recebido por: _____ <p style="text-align: right;">DATA: ____/____/____</p>
ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO	EXCLUSIVO DA FARMÁCIA



ESTADO DO MARANHÃO
Secretaria de Estado da Saúde
HOSPITAL REGIONAL DE VIANA

Rodovia MA 014 s/nº Vila Zizi – Viana (MA) REGIONAL DE VIANA – MA
(98) 3351-0777 / 3351-1938

RECEITUÁRIO DE PSICOTRÓPICOS E ENTORPECENTES

Nº: _____

LEITO: _____

PACIENTE	_____
MEDICAMENTOS	
<p style="text-align: right;">DATA: ____/____/____</p>	
	Entregue por: _____ Recebido por: _____ <p style="text-align: right;">DATA: ____/____/____</p>
ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO	EXCLUSIVO DA FARMÁCIA

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL



1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

ESTADO DO MARANHÃO
Secretaria de Estado da Saúde
HOSPITAL REGIONAL DE VIANA

Rodovia MA 014 s/nº Vila Zizi – Viana (MA) REGIONAL DE VIANA – MA
(98) 3351-0777 / 3351-1938

CEP: 65.215-000

PACIENTE: _____

ENDEREÇO: _____

PRESCRIÇÃO: _____

DATA: ____/____/____

ASSINATURA E CARIMBO

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME: _____

IDENT.: _____ ÓRGÃO EMISSOR: _____

END.: _____

CIDADE _____ UF TELEFONE _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do farmacêutico

DATA: ____/____/____

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL



1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

ESTADO DO MARANHÃO
Secretaria de Estado da Saúde
HOSPITAL REGIONAL DE VIANA

Rodovia MA 014 s/nº Vila Zizi – Viana (MA) REGIONAL DE VIANA – MA
(98) 3351-0777 / 3351-1938

CEP: 65.215-000

PACIENTE: _____

ENDEREÇO: _____

PRESCRIÇÃO: _____

DATA: ____/____/____

ASSINATURA E CARIMBO

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME: _____

IDENT.: _____ ÓRGÃO EMISSOR: _____

END.: _____

CIDADE _____ UF TELEFONE _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do farmacêutico

DATA: ____/____/____

DATA	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	HORÁRIO	ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM



ESTADO DO MARANHÃO
Secretaria de Estado da Saúde
HOSPITAL REGIONAL DE VIANA

Carrinho de emergência: () C () NC Lacre: _____
 Caixa de intubação: () C () NC caixa:
 De laringo: () C () NC
 Enfermeiro(a): SD _____
 Enfermeiro(a): SN _____



MAPA DIÁRIO DE ENFERMAGEM



UNIDADE:			DATA:	
LEITO	ENF.: <input type="text"/> DADOS PRINCIPAIS	EXAMES/PEDÊNCIAS/OCORRÊNCIAS	MEDICAÇÕES/ DIETA	DISPOSITIVOS/LOCAL/DATA
	NOME:		ATB/DIA:	AVP:
	DIAGNÓSTICO:			CVC:
ADM	IDADE:		DIETA:	SNG/SNE:
	ALERGIAS:			SVD:
	LPP: () SIM () NÃO		CURATIVO:	TOT:
	CULTURAS/DATA:			OUTROS:
LEITO	ENF.: <input type="text"/> DADOS PRINCIPAIS	EXAMES/PEDÊNCIAS/OCORRÊNCIAS	MEDICAÇÕES/ DIETA	DISPOSITIVOS/LOCAL/DATA
	NOME:		ATB/DIA:	AVP:
	DIAGNÓSTICO:			CVC:
ADM	IDADE:		DIETA:	SNG/SNE:
	ALERGIAS:			SVD:
	LPP: () SIM () NÃO		CURATIVO:	TOT:
	CULTURAS/DATA:			OUTROS:
LEITO	ENF.: <input type="text"/> DADOS PRINCIPAIS	EXAMES/PEDÊNCIAS/OCORRÊNCIAS	MEDICAÇÕES/ DIETA	DISPOSITIVOS/LOCAL/DATA
	NOME:		ATB/DIA:	AVP:
	DIAGNÓSTICO:			CVC:
ADM	IDADE:		DIETA:	SNG/SNE:
	ALERGIAS:			SVD:
	LPP: () SIM () NÃO		CURATIVO:	TOT:
	CULTURAS/DATA:			OUTROS:

NOME: _____ IDADE: _____ DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

DIAGNÓSTICO: _____ ENFERMARIA: _____ LEITO: _____ Nº DE PRONTUÁRIO: _____ PESO: _____ ALTURA: _____ IMC: _____ Kg/m²

DATA	TRATAMENTO USADO DURANTE A INTERNAÇÃO	SINAIS E SINTOMAS APRESENTADOS	TIPOS DE DIETAS	FUNÇÃO INTESTINAL	ACEITAÇÃO ALIMENTAR	PATOLOGIAS	OBSERVAÇÕES
	ANTIBIOTICO TERAPIA <input type="checkbox"/> SEM USO DE ANTIBIOTICO <input type="checkbox"/> COM USO DE ANTIBIOTICO <input type="checkbox"/> 7 DIAS <input type="checkbox"/> 10 DIAS <input type="checkbox"/> 14 DIAS <input type="checkbox"/> SEM DIAS NA PRESCRIÇÃO <input type="checkbox"/> PRÉ-CIRURGIA <input type="checkbox"/> PÓS-CIRURGIA <input type="checkbox"/> NÃO INFORMADO	<input type="checkbox"/> FALTA DE APETITE <input type="checkbox"/> VÔMITO <input type="checkbox"/> DOR ABDOMINAL <input type="checkbox"/> DISTENÇÃO <input type="checkbox"/> DOR LOCAL <input type="checkbox"/> VERTIGEM <input type="checkbox"/> NAUSEAS <input type="checkbox"/> CANSAÇO <input type="checkbox"/> FEBRE <input type="checkbox"/> EDEMA <input type="checkbox"/> DEPRIMIDO <input type="checkbox"/> OUTROS _____	<input type="checkbox"/> LIVRE <input type="checkbox"/> BRANDA <input type="checkbox"/> PASTOSA <input type="checkbox"/> LIQUIDIFICADA <input type="checkbox"/> LAXATIVA <input type="checkbox"/> CONSTIPANTE <input type="checkbox"/> HIPOGLICÍDICA <input type="checkbox"/> HIPOSSÓDICA <input type="checkbox"/> HIPERPROTEÍCA <input type="checkbox"/> HIPERCALORICA <input type="checkbox"/> SEM IRRITANTES <input type="checkbox"/> SEM LACTOSE <input type="checkbox"/> ZERO <input type="checkbox"/> ENTERAL <input type="checkbox"/> OUTROS	<input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> DIARREIA <input type="checkbox"/> CONSTIPADO <input type="checkbox"/> NÃO INFORMADO ESTADO GERAL <input type="checkbox"/> ESTÁVEL <input type="checkbox"/> GRAVISSIMO <input type="checkbox"/> GRAVE ESTÁVEL <input type="checkbox"/> GRAVE INSTAVEL	<input type="checkbox"/> POUCA <input type="checkbox"/> RAZOÁVEL <input type="checkbox"/> BOA <input type="checkbox"/> MUITO BOA	<input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> AVE <input type="checkbox"/> IRA/IRC <input type="checkbox"/> ALZHEIMER/PARKINSON <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> PANCREATITE <input type="checkbox"/> OBESIDADE <input type="checkbox"/> DISLIPIDEMIA <input type="checkbox"/> DOENÇAS BILIARES <input type="checkbox"/> DESNUTRIÇÃO <input type="checkbox"/> ANEMIA (S) <input type="checkbox"/> PNEUMONIA <input type="checkbox"/> OUTROS _____	
	ANTIBIOTICO TERAPIA <input type="checkbox"/> SEM USO DE ANTIBIOTICO <input type="checkbox"/> COM USO DE ANTIBIOTICO <input type="checkbox"/> 7 DIAS <input type="checkbox"/> 10 DIAS <input type="checkbox"/> 14 DIAS <input type="checkbox"/> SEM DIAS NA PRESCRIÇÃO <input type="checkbox"/> PRÉ-CIRURGIA <input type="checkbox"/> PÓS-CIRURGIA <input type="checkbox"/> NÃO INFORMADO	<input type="checkbox"/> FALTA DE APETITE <input type="checkbox"/> VÔMITO <input type="checkbox"/> DOR ABDOMINAL <input type="checkbox"/> DISTENÇÃO <input type="checkbox"/> DOR LOCAL <input type="checkbox"/> VERTIGEM <input type="checkbox"/> NAUSEAS <input type="checkbox"/> CANSAÇO <input type="checkbox"/> FEBRE <input type="checkbox"/> EDEMA <input type="checkbox"/> DEPRIMIDO <input type="checkbox"/> OUTROS _____	<input type="checkbox"/> LIVRE <input type="checkbox"/> BRANDA <input type="checkbox"/> PASTOSA <input type="checkbox"/> LIQUIDIFICADA <input type="checkbox"/> LAXATIVA <input type="checkbox"/> CONSTIPANTE <input type="checkbox"/> HIPOGLICÍDICA <input type="checkbox"/> HIPOSSÓDICA <input type="checkbox"/> HIPERPROTEÍCA <input type="checkbox"/> HIPERCALORICA <input type="checkbox"/> SEM IRRITANTES <input type="checkbox"/> SEM LACTOSE <input type="checkbox"/> ZERO <input type="checkbox"/> ENTERAL <input type="checkbox"/> OUTROS	<input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> DIARREIA <input type="checkbox"/> CONSTIPADO <input type="checkbox"/> NÃO INFORMADO	<input type="checkbox"/> POUCA <input type="checkbox"/> RAZOÁVEL <input type="checkbox"/> BOA <input type="checkbox"/> MUITO BOA	<input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> AVE <input type="checkbox"/> IRA/IRC <input type="checkbox"/> ALZHEIMER/PARKINSON <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> PANCREATITE <input type="checkbox"/> OBESIDADE <input type="checkbox"/> DISLIPIDEMIA <input type="checkbox"/> DOENÇAS BILIARES <input type="checkbox"/> DESNUTRIÇÃO <input type="checkbox"/> ANEMIA (S) <input type="checkbox"/> PNEUMONIA <input type="checkbox"/> OUTROS _____	
	ANTIBIOTICO TERAPIA <input type="checkbox"/> SEM USO DE ANTIBIOTICO <input type="checkbox"/> COM USO DE ANTIBIOTICO <input type="checkbox"/> 7 DIAS <input type="checkbox"/> 10 DIAS <input type="checkbox"/> 14 DIAS <input type="checkbox"/> SEM DIAS NA PRESCRIÇÃO <input type="checkbox"/> PRÉ-CIRURGIA <input type="checkbox"/> PÓS-CIRURGIA <input type="checkbox"/> NÃO INFORMADO	<input type="checkbox"/> FALTA DE APETITE <input type="checkbox"/> VÔMITO <input type="checkbox"/> DOR ABDOMINAL <input type="checkbox"/> DISTENÇÃO <input type="checkbox"/> DOR LOCAL <input type="checkbox"/> VERTIGEM <input type="checkbox"/> NAUSEAS <input type="checkbox"/> CANSAÇO <input type="checkbox"/> FEBRE <input type="checkbox"/> EDEMA <input type="checkbox"/> DEPRIMIDO <input type="checkbox"/> OUTROS _____	<input type="checkbox"/> LIVRE <input type="checkbox"/> BRANDA <input type="checkbox"/> PASTOSA <input type="checkbox"/> LIQUIDIFICADA <input type="checkbox"/> LAXATIVA <input type="checkbox"/> CONSTIPANTE <input type="checkbox"/> HIPOGLICÍDICA <input type="checkbox"/> HIPOSSÓDICA <input type="checkbox"/> HIPERPROTEÍCA <input type="checkbox"/> HIPERCALORICA <input type="checkbox"/> SEM IRRITANTES <input type="checkbox"/> SEM LACTOSE <input type="checkbox"/> ZERO <input type="checkbox"/> ENTERAL <input type="checkbox"/> OUTROS	<input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> DIARREIA <input type="checkbox"/> CONSTIPADO <input type="checkbox"/> NÃO INFORMADO	<input type="checkbox"/> POUCA <input type="checkbox"/> RAZOÁVEL <input type="checkbox"/> BOA <input type="checkbox"/> MUITO BOA	<input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> AVE <input type="checkbox"/> IRA/IRC <input type="checkbox"/> ALZHEIMER/PARKINSON <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> PANCREATITE <input type="checkbox"/> OBESIDADE <input type="checkbox"/> DISLIPIDEMIA <input type="checkbox"/> DOENÇAS BILIARES <input type="checkbox"/> DESNUTRIÇÃO <input type="checkbox"/> ANEMIA (S) <input type="checkbox"/> PNEUMONIA <input type="checkbox"/> OUTROS _____	



Estado do Maranhão
Secretaria de Estado da Saúde
Centro de Hematologia do Maranhão (Hemomar)



RELATÓRIO DE TRANSFUSÃO

Unidade Destino: _____
Dados do Receptor: _____
Número Requisição: _____

Nome do Paciente/Receptor: _____
Data do Nascimento: ____/____/____
Sexo: M F
Nº Registro/Prontuário: _____

Número da Bolsa: _____
Nº do Macarrão: _____
Data da Transfusão: _____
Apto ou Enfermaria: _____
Leito: _____

TESTE DE COMPATIBILIDADE

Salina: _____ Sistema ABO: _____
Albumin: _____ Sistema Rh: _____
Coombs: _____ Fenotipagem: _____

SANGUE E HEMODERIVADOS

Conc de Hemácias: _____ ml Plasma Normal: _____ Und
Conc de Plaquetas: _____ Und Crio precipitado: _____ Und
Plasma Fresco: _____ Und Outros: _____ Und

APLICAÇÃO

Em: ____/____/____
Médico Responsável: _____



DADOS PARA ANEXAR NA SOLICITAÇÃO DO HEMOCOMPONENTE

DATA DE ATENDIMENTO: ___/___/___ CID (DIAGNÓSTICO): _____

LOCALIZAÇÃO: _____ LEITO: _____ GRUPO SANGUÍNEO: _____ FATOR RH: _____

Nº PRONTUÁRIO/REGISTRO HOSPITALAR: _____ CNS USUÁRIO (SUS): _____

NOME: _____

DATA DE NASCIMENTO: ___/___/___ SEXO: _____ RAÇA: _____

ENDEREÇO: _____ Nº _____

BAIRRO: _____ CIDADE: _____ ESTADO: _____ CEP: _____

TELEFONE: () _____ E-MAIL: _____

Obs.: 1: PARA CAMPO " RAÇA", SERÃO UTILIZADOS AS SEGUINTE LEGENDAS: 01 - BRANCA; 02 PRETA; 03-PARDA; 04 AMARELA; 05-INDÍGENA; 06-SEM INFORMAÇÃO.

Obs.: 2: PARA CAMPO "SEXO" SERÃO UTILIZADAS AS SEGUINTE LEGENDAS: F - FEMININO; M - MASCULINO



ESTADO DO MARANHÃO
 Secretaria de Estado da Saúde
HOSPITAL REGIONAL DE VIANA

Rodovia MA 014 s/nº Vila Zizi – Viana (MA) REGIONAL DE VIANA – MA
 (98) 3351-0777 / 3351-1938

SINAIS VITAIS



PACIENTE: _____ IDADE: _____

DIAGNÓSTICO: _____ LEITO: _____

DATA: ____ / ____ / ____

HORA	PA	FC	FR	TEMP	SPO2	GLICEMIA	INPH	INSULINA ESQUEMA	DIURSE	RESÍDUO GÁSTRICO
07 : 00										
08 : 00										
09 : 00										
09 : 00										
10 : 00										
11 : 00										
12 : 00										
13 : 00										
14 : 00										
15 : 00										
16 : 00										
17 : 00										
18 : 00										
19 : 00										
20 : 00										
21 : 00										
22 : 00										
23 : 00										
00 : 00										
01 : 00										
02 : 00										
03 : 00										
04 : 00										
05 : 00										
06 : 00										

TÉCNICAS:	CÂNULAS:
OPERAÇÃO:	
CIRURGIÕES:	
ANESTESISTAS:	

OBSERVAÇÕES E/OU ESTADO CLÍNICO DA SAÍDA DO PACIENTE DA SALA DE CIRURGIA

SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA - SRPA

ENTRADA: DATA: ____/____/____ HORA: ____:____ PA: ____ PULSO: ____ SPO2: ____

DESPERTAR

REFLEXOS NA S.O.: _____ OBSTR.: _____
 _____ Co2 _____ EXCIT.: _____ NÁUSEAS: _____
 VÔMITOS: _____ OUTROS: _____
 COM CÂNULA PARA: SIM NÃO - CONDIÇÕES GERAIS: _____

CONDIÇÕES DE ALTA SRPA

SAÍDA DATA: ____/____/____ HORA: ____:____ PA: ____ PULSO: ____ SPO2: ____
 REFLEXOS NA S.O.: _____ OBSTR.: _____
 _____ CO2 _____ EXCIT.: _____ NÁUSEAS: _____
 DESTINO DO PACIENTE:
 CLÍNICA MÉDICA CLÍNICA CIRURGICA SEMI-INTENSIVA UTI DOMICÍLIO CARDIOLOGIA OUTRO HOSPITAL

COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS, OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS (INCLUINDO PERDA SANGUÍNEA)

ÓBITO: NÃO SIM DATA: ____/____/____ HORA: ____:____

DATA	ASSINATURA E CARIMBO COM CRM

HRV
ANOTAÇÕES DE OPERAÇÃO

PACIENTE	NOME			
	CLÍNICA	ENFERMARIA	LEITO	PRONTUÁRIO
DIAGNÓSTICO				
OPERAÇÃO OU PARTO	PRINCIPAL		CÓDIGO	
	SECUNDÁRIA		CÓDIGO	INÍCIO
	SIMULTÂNEA		CÓDIGO	TÉRMINO
	CIRURGIÃO OU OBSTETRA	AUXILIARES		DURAÇÃO NORMAL
ANESTESIA	TIPO		INÍCIO	TÉRMINO
	ANESTESISTA		DURAÇÃO TOTAL	
RECEMNATO	DATA	<input type="checkbox"/> ATERMO <input type="checkbox"/> NEOMORTO <input type="checkbox"/> ÚNICO MASCULINO <input type="checkbox"/> MULTIPLO MASCULINO		
	HORA	<input type="checkbox"/> PRÉ-MATURO <input type="checkbox"/> NATIMORTO <input type="checkbox"/> ÚNICO FEMININO <input type="checkbox"/> MULTIPLO FEMININO		

MATERIAIS UTILIZADOS EM CIRURGIA

INSUMOS		MEDICAMENTOS		FIOS CIRURGICOS	
NOME	QUANTIDADE	NOME	QUANTIDADE	NOME	QUANTIDADE
AGULHA HIPODÉRMICA		ADRENALINA		CATIGUT SIMPLES	
AGULHA PERIDURAL		ATROPINA		CATIGUT CROMADO	
AGULHA RAQUI		ÁGUA DESTILADA		CATIGUT SERTIX	
ÁLCOOL 70%		EFORTIL		MONONYLON	
EQUIPO GOTAS		ERGOTRATE		POLYCOT	
ESPARADRAPO		KEFLIN 1GR		VICRYL	
GASE (COMPRESSAS)		ORASTINA			
JELCO		PAVULON			
LUVA ESTÉRIL Nº 7.0					
LUVA ESTÉRIL Nº 8.0					
LUVA ESTÉRIL Nº 8.5					
LUVAS DE PROCEDIMENTO					
LÂMINA DE BISTURI				MEDICAMENTOS	
SONDA VESICAL				NOME	QUANTIDADE
SCALP				DOLANTINA	
SERINGA 3ML				DIAZEPAN	
SERINGA 5ML				DROPERIDOL	
SERINGA 10ML				DIMORF	
SERINGA		ANESTÉSICOS		FENTANIL	
UROFIX		NOME	QUANTIDADE	HALOTANO	
		LIDOCAINA 2%		TIOPENTAL	
		LIDOCAINA 5%		KETALAR	
		MARCAINA PESADA			
		NEOCAINA 0,5%			

INSTRUMENTADOR	CIRCULANTE
MÉDICO	ANESTESISTA

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE VIANA

CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

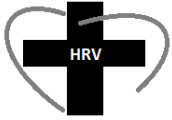
DATA ___/___/___	HORA DE INÍCIO: _____	NOME: _____	DATA DE NASCIMENTO: ___/___/___
SALA: _____	HORA DE TÉRMINO: _____	UNIDADE DE ORIGEM: _____	MODALIDADE: () ELETIVA () URGÊNCIA () EMERGÊNCIA
PRONTUÁRIO: _____		LEITO: _____	
ENCAMINHAMENTO DO CLIENTE AO CENTRO CIRÚRGICO	ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA	ANTES DE INICIAR A CIRURGIA	ANTES DO CLIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÃO
IDENTIFICAÇÃO	ANESTESIOLOGISTA	CONFIRMAÇÃO	REGISTRO
<p>Paciente ou responsável confirma:</p> <p>Nome completo? () Sim () Não</p> <p>Local da cirurgia? () Sim () Não</p> <p>Procedimento cirúrgico a ser realizado? () Sim () Não</p> <p>Observações: _____</p> <p>Retirado prótese e adornos? () Sim () Não</p> <p>Enfermagem verifica:</p> <p>Termo de consentimento assinado?</p> <p>() Sim () Não</p> <p>Pulseira de identificação correta? () Sim () Não</p> <p>Qual o lado demarcado? () Direito () Esquerdo () Não se aplica</p> <p>OPME's confirmadas e disponíveis?</p> <p>() Sim () Não () Não se aplica</p>	<p>Anestesiologista confirma:</p> <p>Identificação do paciente? () Sim () Não</p> <p>Local da cirurgia? () Sim () Não</p> <p>Procedimento cirúrgico a ser realizado? () Sim () Não</p> <p>Jejum? () Sim () Não</p> <p>O cliente tem alguma alergia? () Sim () Não</p> <p>Há risco de perda sanguínea > 500ml (7ml/Kg em crianças)?</p> <p>() Sim () Não</p> <p>Se sim, há reserva sanguínea?</p> <p>() Sim () Não</p> <p>Todos os materiais estão disponíveis?</p> <p>() Sim () Não</p>	<p>Cirurgião confirma:</p> <p>Identificação do paciente? ()</p> <p>Local e lateralidade da cirurgia? ()</p> <p>Procedimento cirúrgico a ser realizado? ()</p> <p>O antibiótico profilático foi administrado?</p> <p>() Sim. Qual? _____ Horário _____</p> <p>() Não () Não se aplica</p> <p>Exames de imagem disponíveis? () Sim () Não</p> <p>Duração aproximada da cirurgia: _____</p> <p>Todos os materiais estão disponíveis?</p> <p>() Sim () Não. Quais? _____</p> <p>Enfermagem confirma:</p> <p>Placa de eletrocautério está posicionada?</p> <p>() Sim () Não. Local? _____</p> <p>Integrador indica esterilização dos instrumentos cirúrgicos? () Sim () Não () controle de</p>	<p>Equipe confirma:</p> <p>Houve mudança no procedimento realizado? () Não () Sim. Qual? _____</p> <p>A contagem de gases, compressas, agulhas e instrumentais está correta? () Sim () Não</p> <p>Peças anatômicas/ culturas estão identificadas adequadamente e requisição preenchida? () Não () Sim</p> <p>Houve algum problema com equipamento que deve ser resolvido? () Não () Sim. Qual? _____</p> <p>Após realizar inspeção de pele/mucosa, foi identificada lesão decorrente de intercorrências na sala de cirurgia?</p> <p>() Sim () Não</p>

Enfº / Téc. Enf _____

Anestesiologista: _____

Cirurgião: _____

Enfermeiro: _____



ESTADO DO MARANHÃO
Secretaria de Estado da Saúde
HOSPITAL REGIONAL DE VIANA
Rodovia MA 014 s/nº Vila Zizi – Viana (MA) REGIONAL DE VIANA – MA
(98) 3351 – 0777 / 3351 – 1938

REGISTRO DE CIRURGIA

Data ____ / ____ / ____	
Nome: _____ _____	Nome: _____ _____
Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ End.: _____ _____	Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ End.: _____ _____
Cirurgia: _____ Início: _____ Término: _____	Cirurgia: _____ Início: _____ Término: _____
Anestesia: _____ Início: _____ Término: _____	Anestesia: _____ Início: _____ Término: _____
Medico: _____ _____	Medico: _____ _____
Anestesista: _____ Instrumento cirúrgico: _____	Anestesista: _____ Instrumento cirúrgico: _____
Circulante: _____ _____	Circulante: _____ _____
Observação: _____ _____ _____ _____	Observação: _____ _____ _____ _____
Responsável: _____	Responsável: _____

Data ____ / ____ / ____	
Nome: _____ _____	Nome: _____ _____
Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ End.: _____ _____	Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ End.: _____ _____
Cirurgia: _____ Início: _____ Término: _____	Cirurgia: _____ Início: _____ Término: _____
Anestesia: _____ Início: _____ Término: _____	Anestesia: _____ Início: _____ Término: _____
Medico: _____ _____	Medico: _____ _____
Anestesista: _____ Instrumento cirúrgico: _____	Anestesista: _____ Instrumento cirúrgico: _____
Circulante: _____ _____	Circulante: _____ _____
Observação: _____ _____ _____ _____	Observação: _____ _____ _____ _____
Responsável: _____	Responsável: _____

FICHA PARA CONTROLE DE OPME

NOME DO PACIENTE : _____

Nº DO PRONTUÁRIO: _____ LEITO: _____

PROCEDIMENTO: _____

DESCRIÇÃO DO MATERIAL USADO

MATERIAL: _____

DATA; _____ / _____ / _____

LOTE: _____

FORNECEDOR: _____

CIRURGIÃO: _____

TÉC.DE ENFERMAGEM: _____

HOSPITAL REGIONAL DR. ANTÔNIO HADADE

PACIENTE.: _____
PRONTUÁRIO.: _____ LEITO.: _____ ENFERMARIA.: _____

PROCEDIMENTO.: _____
OPME.: CAIXA DE PEQUENOS FRAGMENTOS Ø3,5MM CAIXA DE GRANDES FRAGMENTOS Ø4,5MM

QNT.	DESCRIÇÃO DO MATERIAL

DATA DA CIRURGIA.: ____/____/____ SALA DE CIRURGICA.: _____
CIRURGIÃO.: _____ CIRCULANTE(A).: _____

DATA DA CIRURGIA.: ____/____/____ SALA DE CIRURGICA.: _____
CIRURGIÃO.: _____ CIRCULANTE(A).: _____

DESCRIÇÃO DO MATERIAL	QNT.

PROCEDIMENTO.: _____
OPME.: CAIXA DE PEQUENOS FRAGMENTOS Ø3,5MM CAIXA DE GRANDES FRAGMENTOS Ø4,5MM
PACIENTE.: _____ PRONTUÁRIO.: _____ LEITO.: _____ ENFERMARIA.: _____

HOSPITAL REGIONAL DR. ANTÔNIO HADADE



ESTADO DO MARANHÃO
Secretaria de Estado da Saúde
HOSPITAL REGIONAL DE VIANA
Rodovia MA 014 s/nº Vila Zizi – Viana (MA)
CNPJ: 02.973.240/0025-75
(98) 3351-0777 / 3351-1938



LAUDO DO DIAGNÓSTICO DO TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE ANTICORPOS SARS-COV-2

NOME DO PACIENTE: _____

DATA NASC.: _____

SEXO: F () M () CARTÃO SUS: _____ IDADE : _____

MÉDICO SOLICITANTE: _____ CRM-MA: _____

AMOSTRA DE SANGUE () SORO ()

TESTE: 1

NOME DO PRODUTO: SARS-Cov-2 IGG/IGM ANTIBODY TESTE (LATERAL FLOW METHOD)

METODO: IMUNOCROMATOGRAFIA

RESULTADO DO TESTE AMOSTRA: REAGENTE NÃO REAGENTE PARA DARS-COV-2

INTERPRETAÇÃO DO RESULTADO (Amostra reagente para o SARS-Cov-2 ou amostra não reagente para SARS-Cov-2)

Obs.: Conforme a Portaria Nº 365/GM/MS. De 11 de março que dispõe sobre a regularização e operacionalização do disposto na Lei Nº 13.979. de 6 de fevereiro de 2020.

NOTA 1: A presença desses anticorpos não deve ser critério único para diagnóstico da COVID-19. Resultados reagentes devem ser considerados de acordo com o histórico clínico.

NOTA 2: Reação sorológica cruzadas com outros coronavírus como SARS podem ocorrer. Portanto é possível que pacientes infectados com esse vírus possam apresentar algum grau de reação.

NOTA 3: Um resultado não reagente indica ausência de anticorpos detectáveis para DARS-Cov-2, mas não exclui infecção ou contágio prévio.

NOTA 4: A janela sorológica para detecção de IGM e IGG em caso da COVID-19 ocorre a partir do décimo (10) dia após o início dos sintomas.

NOTA 5: Metodologia registrada no Ministério da Saúde, 80954880132, em 19/03/2020.

Local e Data: Viana-MA ____ / ____ / ____

Técnico responsável: _____ função: _____

Nome do estabelecimento de saúde: _____



FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE SG SUSPEITO DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 – COVID-19 (B34.2)

Definição de caso: indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por sensação febril ou febre, mesmo que relatada, acompanhada de tosse OU dor de garganta OU coriza.

Em crianças: considera-se também obstrução nasal, na ausência de outro diagnóstico específico.

Em idosos: a febre pode estar ausente. Deve-se considerar também critérios específicos de agravamento como síncope, confusão mental, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência.

UF: _____	Município de Notificação: _____		
IDENTIFICAÇÃO	Tem CPF? (Marcar X)	Estrangeiro: (Marcar X)	É profissional de saúde? (Marcar X)
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	CBO: _____	CPF: _____	
	CNS: _____		RAÇA/COR: _____
	Nome Completo: _____		
	Nome Completo da Mãe: _____		
	Data de nascimento: _____	País de origem: _____	
Sexo: (Marcar X)	Passaporte: _____		
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	_____		
CEP: _____			
UF: _____	Município de Residência: _____		
Logradouro: _____		Número: _____	
Complemento: _____		Bairro: _____	
Telefone Celular: _____		Telefone do contato: _____	
Data da Notificação: _____			
Sintomas: (Marcar X)		Data do início dos sintomas: _____	
<input type="checkbox"/> Dor de Garganta	<input type="checkbox"/> Dispneia	<input type="checkbox"/> Febre	
<input type="checkbox"/> Tosse	<input type="checkbox"/> Outros _____		
Condições: (Marcar X)			
<input type="checkbox"/> Doenças respiratórias crônicas descompensadas			
<input type="checkbox"/> Doenças cardíacas crônicas			
<input type="checkbox"/> Diabetes			
<input type="checkbox"/> Doenças renais crônicas em estágio avançado (graus 3, 4 e 5)			
<input type="checkbox"/> Imunossupressão			
<input type="checkbox"/> Gestante de alto risco			
<input type="checkbox"/> Portador de doenças cromossômicas ou estado de fragilidade imunológica			
Estado do Teste: (Marcar X)	Data da Coleta do Teste: _____	Tipo de Teste: (Marcar X)	Resultado do teste: (Marcar X)
<input type="checkbox"/> Solicitado		<input type="checkbox"/> Teste rápido – anticorpo	<input type="checkbox"/> Negativo
<input type="checkbox"/> Coletado		<input type="checkbox"/> Teste rápido – antígeno	<input type="checkbox"/> Positivo
<input type="checkbox"/> Concluído		<input type="checkbox"/> RT - PCR	
Classificação final: (Marcar X)	Evolução do caso: (Marcar X)		
<input type="checkbox"/> Confirmação laboratorial	<input type="checkbox"/> Cancelado	<input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Óbito
<input type="checkbox"/> Confirmação clínico epidemiológico	<input type="checkbox"/> Cura	<input type="checkbox"/> Internado	<input type="checkbox"/> Internado em UTI
<input type="checkbox"/> Descartado	<input type="checkbox"/> Em tratamento domiciliar		
Data de encerramento: _____			

Informações complementares e observações

Observações Adicionais

PARECER DE ESPECIALIDADE

Paciente: _____

Quarto: _____ Leito: _____ FIA: _____

Médico Solicitante: _____

Clínica Solicitada: _____

Motivo da Consulta: (especificar os dados sobre os quais deseja opinião e enumerar os principais sintomas do enfermo)

Data:

Assinatura do Médico Solicitante

Parecer

Data:

Assinatura do Especialista

FISIOTERAPIA

NOME: _____ ID: _____ DIAGNÓSTICO: _____ PESO: _____ ALTURA: _____
DIAS UTI: _____ LEITO: _____

DATA /	MONITORIZAÇÃO CARDÍACA E RESPIRATÓRIA	MONITORIZAÇÃO VENTILAÇÃO MECANICA	NEUROLÓGICO MOTOR	EXAMES GASO	DESMAME	CONDUTA	INTERCORRÊNCIAS
M A N H Ã	FC _____ PA _____ <input type="checkbox"/> DV _____ FR _____ SpO2 _____ () AA <input type="checkbox"/> O2 <input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> MNB <input type="checkbox"/> VENTURI (_____ L/MIN) <input type="checkbox"/> VNI AP: _____ RX: _____	DIAS DE TOT: _____ CL _____ Nº _____ DIAS DE TQT: _____ DIAS DE T.TQT: _____ MODO: _____ VC _____ PInsp _____ PS _____ FR _____ PEEP _____ FIO2 _____ Fluxo/Tinsp: _____ I:E _____ Pressão Cuff: _____	Glasgow: _____ RASS: _____ Sedação: _____ F. Muscular _____ Estágio Prot. _____ Mob. Precoce: _____	pH: _____ PO2 _____ PCO2: _____ HCO3: _____ BE _____ P / F: _____ Lact: _____ Hb: _____	<input type="checkbox"/> T. Autonomia <input type="checkbox"/> T. Tubo T EXTUBAÇÃO: _____ Hora _____ <input type="checkbox"/> VNI Pós Extubação Hora: _____	<input type="checkbox"/> Troca de filtro <input type="checkbox"/> Troca Fixação <input type="checkbox"/> Troca Stericath	
T A R D E	FC _____ PA _____ <input type="checkbox"/> DV _____ FR _____ SpO2 _____ () AA <input type="checkbox"/> O2 <input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> MNB <input type="checkbox"/> VENTURI (_____ L/MIN) <input type="checkbox"/> VNI AP: _____ RX: _____	DIAS DE TOT: _____ CL _____ Nº _____ DIAS DE TQT: _____ DIAS DE T.TQT: _____ MODO: _____ VC _____ PInsp _____ PS _____ FR _____ PEEP _____ FIO2 _____ Fluxo/Tinsp: _____ I:E _____ Pressão Cuff: _____	Glasgow: _____ RASS: _____ Sedação: _____ F. Muscular _____ Estágio Prot. _____ Mob. Precoce: _____	pH: _____ PO2 _____ PCO2: _____ HCO3: _____ BE _____ P / F: _____ Lact: _____ Hb: _____	<input type="checkbox"/> T. Autonomia <input type="checkbox"/> T. Tubo T EXTUBAÇÃO: _____ Hora _____ <input type="checkbox"/> VNI Pós Extubação Hora: _____	<input type="checkbox"/> Troca de filtro <input type="checkbox"/> Troca Fixação <input type="checkbox"/> Troca Stericath	
N O I T E	FC _____ PA _____ <input type="checkbox"/> DV _____ FR _____ SpO2 _____ () AA <input type="checkbox"/> O2 <input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> MNB <input type="checkbox"/> VENTURI (_____ L/MIN) <input type="checkbox"/> VNI AP: _____ RX: _____	DIAS DE TOT: _____ CL _____ Nº _____ DIAS DE TQT: _____ DIAS DE T.TQT: _____ MODO: _____ VC _____ PInsp _____ PS _____ FR _____ PEEP _____ FIO2 _____ Fluxo/Tinsp: _____ I:E _____ Pressão Cuff: _____	Glasgow: _____ RASS: _____ Sedação: _____ F. Muscular _____ Estágio Prot. _____ Mob. Precoce: _____	pH: _____ PO2 _____ PCO2: _____ HCO3: _____ BE _____ P / F: _____ Lact: _____ Hb: _____	<input type="checkbox"/> T. Autonomia <input type="checkbox"/> T. Tubo T EXTUBAÇÃO: _____ Hora _____ <input type="checkbox"/> VNI Pós Extubação Hora: _____	<input type="checkbox"/> Troca de filtro <input type="checkbox"/> Troca Fixação <input type="checkbox"/> Troca Stericath	

FISIOTERAPIA

PESO: _____ ALTURA: _____

nome: _____ ID: _____ DIAGNÓSTICO: _____ DIAS UTI: _____ LEITO: _____

DATA /	MONITORIZAÇÃO CARDÍACA E RESPIRATÓRIA	MONITORIZAÇÃO VENTILAÇÃO MECÂNICA	NEUROLÓGICO MOTOR	EXAMES GASO	DESMAME	CONDUTA	INTERCORRÊNCIAS
M A N H Ã	FC _____ PA _____ () DV _____ FR _____ SPO2 _____ () AA () O2 () CN () MNB () VENTURI (_____ L/MIN) () VNI AP: _____ RX: _____	DIAS DE TOT: _____ CL _____ Nº _____ DIAS DE TQT: _____ DIAS DE T.TQT: _____ MODO: _____ VC _____ PInsp _____ PS _____ FR _____ PEEP _____ FIO2 _____ Fluxo/TInsp: _____ I:E _____ Pressão Cuff: _____	Glasgow: _____ RASS: _____ Sedação: _____ F. Muscular _____ Estágio Prot. _____ Mob. Precoce: _____	pH: _____ PO2 _____ PCO2: _____ HCO3: _____ BE _____ P / F: _____ Lact: _____ Hb: _____	() T. Autonomia () T. Tubo T EXTUBAÇÃO: Hora _____ () VNI Pós Extubação Hora: _____	() Troca de filtro () Troca Fixação () Troca Stericath	
T A R D E	FC _____ PA _____ () DV _____ FR _____ SPO2 _____ () AA () O2 () CN () MNB () VENTURI (_____ L/MIN) () VNI AP: _____ RX: _____	DIAS DE TOT: _____ CL _____ Nº _____ DIAS DE TQT: _____ DIAS DE T.TQT: _____ MODO: _____ VC _____ PInsp _____ PS _____ FR _____ PEEP _____ FIO2 _____ Fluxo/TInsp: _____ I:E _____ Pressão Cuff: _____	Glasgow: _____ RASS: _____ Sedação: _____ F. Muscular _____ Estágio Prot. _____ Mob. Precoce: _____	pH: _____ PO2 _____ PCO2: _____ HCO3: _____ BE _____ P / F: _____ Lact: _____ Hb: _____	() T. Autonomia () T. Tubo T EXTUBAÇÃO: Hora _____ () VNI Pós Extubação Hora: _____	() Troca de filtro () Troca Fixação () Troca Stericath	
N O I T E	FC _____ PA _____ () DV _____ FR _____ SPO2 _____ () AA () O2 () CN () MNB () VENTURI (_____ L/MIN) () VNI AP: _____ RX: _____	DIAS DE TOT: _____ CL _____ Nº _____ DIAS DE TQT: _____ DIAS DE T.TQT: _____ MODO: _____ VC _____ PInsp _____ PS _____ FR _____ PEEP _____ FIO2 _____ Fluxo/TInsp: _____ I:E _____ Pressão Cuff: _____	Glasgow: _____ RASS: _____ Sedação: _____ F. Muscular _____ Estágio Prot. _____ Mob. Precoce: _____	pH: _____ PO2 _____ PCO2: _____ HCO3: _____ BE _____ P / F: _____ Lact: _____ Hb: _____	() T. Autonomia () T. Tubo T EXTUBAÇÃO: Hora _____ () VNI Pós Extubação Hora: _____	() Troca de filtro () Troca Fixação () Troca Stericath	

EVOLUÇÃO DE PSICOLOGIA

NOME: _____ ID _____
 DIAGNÓSTICO: _____ ENFERMARIA: _____ LEITO _____
 ESTADO CIVIL _____ FILHOS _____

DATA / /	ASPECTOS COMPORTAMENTAIS	ASPECTOS PSICOLÓGICO- EMOCIONAIS	ASPECTOS INTERACIONAIS	INTERCORRÊNCIAS	PROCEDIMENTO/ PROFISSIONAL
	() Fala Consciente () Fala Desconexa () Sono Normal () Insônia () Passividade () Impaciente () Agressividade () Tranquilo () Calmo () Irritado () Otimista () Pessimista () Agitação Psicomotora	() Ansiedade () Mal humor () Medo () Raiva () Tristeza () Alegria () Angustia () Agitação () Luto () Depressão () Estresse () Inquietação	() Suporte Familiar () Sem Suporte Familiar		
DATA / /	ASPECTOS COMPORTAMENTAIS	ASPECTOS PSICOLÓGICO- EMOCIONAIS	ASPECTOS INTERACIONAIS	INTERCORRÊNCIAS	PROCEDIMENTO/ PROFISSIONAL
	() Fala Consciente () Fala Desconexa () Sono Normal () Insônia () Passividade () Impaciente () Agressividade () Tranquilo () Calmo () Irritado () Otimista () Pessimista () Agitação Psicomotora	() Ansiedade () Mal humor () Medo () Raiva () Tristeza () Alegria () Angustia () Agitação () Luto () Depressão () Estresse () Inquietação	() Suporte Familiar () Sem Suporte Familiar		
DATA / /	ASPECTOS COMPORTAMENTAIS	ASPECTOS PSICOLÓGICO- EMOCIONAIS	ASPECTOS INTERACIONAIS	INTERCORRÊNCIAS	PROCEDIMENTO/ PROFISSIONAL
	() Fala Consciente () Fala Desconexa () Sono Normal () Insônia () Passividade () Impaciente () Agressividade () Tranquilo () Calmo () Irritado () Otimista () Pessimista () Agitação Psicomotora	() Ansiedade () Mal humor () Medo () Raiva () Tristeza () Alegria () Angustia () Agitação () Luto () Depressão () Estresse () Inquietação	() Suporte Familiar () Sem Suporte Familiar		

EVOLUÇÃO DE PSICOLOGIA

NOME: _____ ID _____

DIAGNÓSTICO: _____ ENFERMARIA: _____ LEITO _____

ESTADO CIVIL _____ FILHOS _____

DATA / /	ASPECTOS COMPORTAMENTAIS	ASPECTOS PSICOLÓGICO- EMOCIONAIS	ASPECTOS INTERACIONAIS	INTERCORRÊNCIAS	PROCEDIMENTO/ PROFISSIONAL
	() Fala Consciente () Fala Desconexa () Sono Normal () Insônia () Passividade () Impaciente () Agressividade () Tranquilo () Calmo () Irritado () Otimista () Pessimista () Agitação Psicomotora	() Ansiedade () Mal humor () Medo () Raiva () Tristeza () Alegria () Angustia () Agitação () Luto () Depressão () Estresse () Inquietação	() Suporte Familiar () Sem Suporte Familiar		
DATA / /	ASPECTOS COMPORTAMENTAIS	ASPECTOS PSICOLÓGICO- EMOCIONAIS	ASPECTOS INTERACIONAIS	INTERCORRÊNCIAS	PROCEDIMENTO/ PROFISSIONAL
	() Fala Consciente () Fala Desconexa () Sono Normal () Insônia () Passividade () Impaciente () Agressividade () Tranquilo () Calmo () Irritado () Otimista () Pessimista () Agitação Psicomotora	() Ansiedade () Mal humor () Medo () Raiva () Tristeza () Alegria () Angustia () Agitação () Luto () Depressão () Estresse () Inquietação	() Suporte Familiar () Sem Suporte Familiar		
DATA / /	ASPECTOS COMPORTAMENTAIS	ASPECTOS PSICOLÓGICO- EMOCIONAIS	ASPECTOS INTERACIONAIS	INTERCORRÊNCIAS	PROCEDIMENTO/ PROFISSIONAL
	() Fala Consciente () Fala Desconexa () Sono Normal () Insônia () Passividade () Impaciente () Agressividade () Tranquilo () Calmo () Irritado () Otimista () Pessimista () Agitação Psicomotora	() Ansiedade () Mal humor () Medo () Raiva () Tristeza () Alegria () Angustia () Agitação () Luto () Depressão () Estresse () Inquietação	() Suporte Familiar () Sem Suporte Familiar		



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DR. ANTÔNIO HADADE - HRV



CICLO DE AUTOCLAVE

DATA	CICLO	MATERIAIS PRINCIPAIS	HORA DE ENTRADA	HORA DE SAÍDA	RESPONSÁVEL



Estado do Maranhão
Secretaria do Estado da Saúde

Instituto Vida e Saúde
Hospital Regional de Viana MA



ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO DE BOLSA

1 - Nome Completo

2 - Nº Hemocomponente e Grupo Sanguíneo

3 - Localização do Paciente

4 - Grupo ABO e fator Rh do Receptor

RESULTADO DO TESTE DE COMPATIBILIDADE

5 - Prova de Compatibilidade

Realizada Compatível Incompatível

Não realizada

Coombs Indireto Negativo Positivo

P.A.I (Receptor)

Data: ___/___/___

Nome do Responsável pela realização dos testes
Pré-Transfusionais



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RAÇA/COR

Masc. 1

Fem. 3

11 - NOME DA MÃE

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

() CNS () CPF

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OVIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE VIANA

CHECKLIST DA SALA DE OPERAÇÃO

PLANTÃO: _____

DATA: ____/____/____

	SALA 01		SALA 02		SALA 03		OBSERVAÇÕES
	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	
EQUIPAMENTO							
AR CONDICIONADO- FUNCIONANDO							
MESA CIRÚRGICA- TRAVADA E TESTADA							
FOCO CIRÚRGICO- TESTADO							
MONITOR MULTIPARAMÉTRICO - TESTADO E COMPLETO							
BISTURI ELÉTRICO- TESTADO/ ASSESSÓRIOS COMPLETOS/ PEDAL/ CABO E PLACA							
APARELHO DE ANESTESIA- FUNCIONANDO							
SISTEMA DE ASPIRAÇÃO-TESTADO E MONTADO							
BALA DE NITROGÊNIO							
CONDIÇÕES DE LIMPEZA DA SALA DE OPERAÇÃO	ADEQ.	INAD	ADEQ.	INAD	ADEQ.	INAD	OBSERVAÇÕES
PISO							
TETO							
BANCADA							
DESCARTEX							

VISTO DO ENFERMEIRO : _____



ESTADO DO MARANHÃO
Secretaria de Estado da Saúde
HOSPITAL REGIONAL DE VIANA

Rodovia MA 014 s/nº Vila Zizi – Viana (MA) REGIONAL DE VIANA – MA
(98) 3351-0777 / 3351-1938



ATESTADO MÉDICO

Atesta para os devidos fins que o(a) Sr.(a) _____

_____ necessita afastar-se de suas atividades profissionais no período de
____ / ____ / ____ a ____ / ____ / ____
que se encontra sob meus cuidados.

CID: _____

VIANA/MA, ____ / ____ / _____

ASSINATURA MÉDICO - CRM



ESTADO DO MARANHÃO
Secretaria de Estado da Saúde
HOSPITAL REGIONAL DE VIANA

Rodovia MA 014 s/nº Vila Zizi – Viana (MA) REGIONAL DE VIANA – MA
(98) 3351-0777 / 3351-1938



ATESTADO MÉDICO

Atesta para os devidos fins que o(a) Sr.(a) _____

_____ necessita afastar-se de suas atividades profissionais no período de
____ / ____ / ____ a ____ / ____ / ____
que se encontra sob meus cuidados.

CID: _____

VIANA/MA, ____ / ____ / _____

ASSINATURA MÉDICO - CRM



ESTADO DO MARANHÃO
Secretaria de Estado da Saúde
HOSPITAL REGIONAL DE VIANA
ROD MA 014, S/N – SANTA EULALIA
(98) 3351-0777 / 3351-1938 / 3351-0725



RECEITUÁRIO



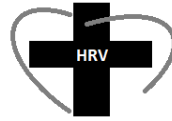
ESTADO DO MARANHÃO
Secretaria de Estado da Saúde
HOSPITAL REGIONAL DE VIANA
ROD MA 014, S/N – SANTA EULALIA
(98) 3351-0777 / 3351-1938 / 3351-0725



RECEITUÁRIO



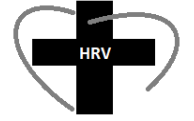
ESTADO DO MARANHÃO
Secretaria de Estado da Saúde
HOSPITAL REGIONAL DE VIANA
ROD MA 014, S/N – SANTA EULALIA
(98) 3351-0777 / 3351-1938 / 3351-0725



RECEITUÁRIO



ESTADO DO MARANHÃO
Secretaria de Estado da Saúde
HOSPITAL REGIONAL DE VIANA
ROD MA 014, S/N – SANTA EULALIA
(98) 3351-0777 / 3351-1938 / 3351-0725



RECEITUÁRIO

REQUISIÇÃO DE EXAMES DE LABORATÓRIO			Prontuário:
Nome:			
Idade:	Sexo:	Leito:	Dados Clínicos:

<p>BIOQUÍMICA</p> <input type="checkbox"/> ÁCIDO ÚRICO <input type="checkbox"/> ALBUMINA <input type="checkbox"/> BILIRRUBINA <input type="checkbox"/> COLESTEROL HDL <input type="checkbox"/> COLESTEROL LDL <input type="checkbox"/> COLESTEROL TOTAL <input type="checkbox"/> CREATININA <input type="checkbox"/> GLICOSE JEJUM <input type="checkbox"/> GLICOSE PÓS-PRANDIAL <input type="checkbox"/> HB. GLICOLISADA <input type="checkbox"/> LIPIDOGRAMA <input type="checkbox"/> PROTEÍNAS TOTAIS <input type="checkbox"/> PROTEÍNOGRAMA <input type="checkbox"/> TRIGLICERÍDEOS <input type="checkbox"/> URÉIA <p>ELETRÓLITOS</p> <input type="checkbox"/> CÁLCIO <input type="checkbox"/> CLORETO <input type="checkbox"/> FERRO SÉRICO <input type="checkbox"/> FÓSFORO <input type="checkbox"/> MAGNÉSIO <input type="checkbox"/> POTÁSSIO <input type="checkbox"/> SÓDIO <p>LÍQUOR</p> <input type="checkbox"/> CITOLOGIA GLOBAL E ESPECIF. <input type="checkbox"/> DHL <input type="checkbox"/> GLICOSE CLORETOS, PROT. <input type="checkbox"/> AMILASE <input type="checkbox"/> OK-MB <input type="checkbox"/> CPK <input type="checkbox"/> DHL <input type="checkbox"/> FOSFATASE ÁCIDA <input type="checkbox"/> FOSFATASE ALCALINA <input type="checkbox"/> GAMA GLUTAMIL TRANSFERASE <input type="checkbox"/> LIPASE <input type="checkbox"/> TGO <input type="checkbox"/> TGP <input type="checkbox"/> TRANSFERRINA	<p>URINA</p> <input type="checkbox"/> CULTURA C/ ANTIBIOGRAMA <input type="checkbox"/> T.J.G. <input type="checkbox"/> TIPO I <p>FEZES</p> <input type="checkbox"/> CULTURA <input type="checkbox"/> PARASITOLÓGICO <input type="checkbox"/> ROTAVÍRUS <input type="checkbox"/> SANGUE OCULTO <input type="checkbox"/> PESQ. DE SUBST. REDUTORAS <p>PROVAS REUMÁTICAS</p> <input type="checkbox"/> ANTIESPREPTOLISINA <input type="checkbox"/> FATOR REUMATOIDE <input type="checkbox"/> MUCOPROTEINA <input type="checkbox"/> PROTEINA C/ REATIVA <input type="checkbox"/> TESTE DO LÁTEX <input type="checkbox"/> WALEER ROSA <p>PROVAS FUNCIONAIS</p> <input type="checkbox"/> CALCÍURIA <input type="checkbox"/> CURVA GLIC. CLÁSSICA <input type="checkbox"/> DEPURAÇÃO CREATININA <input type="checkbox"/> FOSFATÚRIA <input type="checkbox"/> PROTEINÚRIA <input type="checkbox"/> PROVA DE SOBRECARGA GLIC. <input type="checkbox"/> URICOSÚRIA <p>IMUNOLOGIA</p> <input type="checkbox"/> ANTI HCV <input type="checkbox"/> ANTI-HBC IgM <input type="checkbox"/> ANTI-HBCT <input type="checkbox"/> ANTI-HIV <input type="checkbox"/> CITOMEGALOVÍRUS IgG <input type="checkbox"/> CITOMEGALOVÍRUS IgM <input type="checkbox"/> HBE Ag <input type="checkbox"/> ABsAg <input type="checkbox"/> HVA IgG <input type="checkbox"/> HVA IgM <input type="checkbox"/> MONONUCLEOSE <input type="checkbox"/> REAÇÃO DE WIDAL <input type="checkbox"/> RUBÉOLA IgG <input type="checkbox"/> RUBÉOLA IgM <input type="checkbox"/> SOROLOGIA - VDRL <input type="checkbox"/> TOXOPLASMOSE IgG <input type="checkbox"/> TOXOPLASMOSE IgM	<p>HORMÔNIOS</p> <input type="checkbox"/> ANTIMICROSSOMAL <input type="checkbox"/> ANTITIROGLOBULINA <input type="checkbox"/> BETA - HCG <input type="checkbox"/> C3 E C4 <input type="checkbox"/> CEA <input type="checkbox"/> CORTISOL <input type="checkbox"/> ESTRADIOL <input type="checkbox"/> FERRITINA <input type="checkbox"/> FSH <input type="checkbox"/> GH <input type="checkbox"/> HAFP <input type="checkbox"/> HCG <input type="checkbox"/> HORMÔNIO DO CRESCIMENTO <input type="checkbox"/> LH <input type="checkbox"/> PROGESTERONA <input type="checkbox"/> PROLACTINA <input type="checkbox"/> PSA <input type="checkbox"/> T3 <input type="checkbox"/> T3 LIVRE <input type="checkbox"/> T4 <input type="checkbox"/> T4 LIVRE <input type="checkbox"/> TESTOSTERONA <input type="checkbox"/> TIROGLOBULINA <input type="checkbox"/> TSH <input type="checkbox"/> WMA <p>COAGULAÇÃO</p> <input type="checkbox"/> COAGULOGRAMA <input type="checkbox"/> T.G. + T.C. <input type="checkbox"/> TIPAGEM SANGUÍNEA <input type="checkbox"/> T. PROTROMBINA <input type="checkbox"/> TTPA <input type="checkbox"/> FIBRINOGENÍO <p>HEMATOLOGIA</p> <input type="checkbox"/> CÉLULAS LE <input type="checkbox"/> FALCIZAÇÃO <input type="checkbox"/> HEMOGRAMA <input type="checkbox"/> HEMOSSEDIMENTAÇÃO <input type="checkbox"/> MIELOGRAMA <input type="checkbox"/> RETICULÓCITOS <p>OUTROS</p> <input type="checkbox"/> COOMBS DIRETO <input type="checkbox"/> COOMBS INDIRETO <input type="checkbox"/> D.U.
---	--	--

Data:	Solicitante: (assinatura e carimbo)
O ATENDIMENTO NESTE HOSPITAL É UNIVERSAL E GRATUITO	



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE VIANA



VISITA DE ENFERMAGEM / SINAIS VITAIS / DATA :					
ENFERMARIA :	LEITO:	ENFERMARIA:	LEITO:	ENFERMARIA:	LEITO:
NOME:		NOME:		NOME:	
PA:		PA:		PA:	
TX:		TX:		TX:	
SpO2:		SpO2:		SpO2:	
DX :		DX		DX:	
FR:		FR:		FR:	
FC:		FC:		FC:	
AVP:		AVP:		AVP:	
DIETA:		DIETA:		DIETA:	
ACOMP:		ACOMP:		ACOMP:	
QUEIXAS:		QUEIXAS:		QUEIXAS:	
EVACUAÇÕES:		EVACUAÇÕES :		EVACUAÇÕES:	
ELIM.VISICAL:		ELIM.VISICAL:		ELIM.VISICAL:	



HOSPITAL REGIONAL DE VIANA
PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO



Instrumento de Comunicação para Passagem de Plantões SETOR: _____ DATA: _____

ENFERMARIA: _____ LEITO _____

NOME: _____

DATA DE
ADMISSÃO: _____ IDADE: _____

MOTIVO DA
INTERNAÇÃO: _____

DIAGNÓSTICO
MÉDICO _____

PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO: () SIM () NÃO

BRADEN: _____ MORSE: _____ GLASGON: _____

ALERGIAS: _____

OUTRAS
INFORMAÇÕES: _____

SITUAÇÃO

ESTADO GERAL: () BOM () REGULAR () MAL
() CONSCIENTE () INCONSCIENTE () ORIENTADO () DESORIENTADO
() RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA () EUPNÉICO () DISPNÉICO ()

SUORTE VENTILATÓRIO
QUAL? _____

DIETA: () ORAL () DISPOSITIVO
QUAL? _____ ACEITAÇÃO: _____

EDEMA: () NÃO () SIM _____

DIURESE: () ESPONTÂNEA () DISPOSITIVO
QUAL? _____

ELIMINAÇÕES INTESTINAIS: () PRESENTE () AUSENTE

DISPOSITIVOS: () TOT () TQT () AVC () AVP () PICC () GTT ()
DRENOS

LOCAL: _____

() OUTROS _____ TROCA EM :

PROCEDIMENTOS INVASIVOS REALIZADOS

INTECORÊNCIAS _____

PÓS-OPERATÓRIO () SIM () NÃO

RECOMENDAÇÕES

PROCEDIMENTOS INVASIVOS RECOMENDADOS

EXAMES SOLICITADOS () LABORATORIAL () IMAGEM

() JEJUM APARTIR DE _____

() ORIENTAÇÃO PARA O EXAME

PRÉ -OPERATÓRIO () SIM () NÃO JEJUM APARTIR
DE _____

() BANHO ()
ORIENTAÇÕES _____

() PARECERES _____

() CURATIVO TIPO E
LOCALIZAÇÃO _____

() REGULAÇÃO DE
LEITO _____

CONCENTRADO DE HEMÁCIAS () SIM () NÃO

Assinatura/Carimbo _____

Enfermeiro

Escala de Braden

Avaliação do grau de risco - Escala de BRADEN				
Percepção Sensorial	1. Totalmente limitado	2. Muito limitado	3. Levemente limitado	4. Nenhuma limitação
Umidade	1. Excessiva	2. Muita	3. Ocasional	4. Rara
Atividade	1. Acamado	2. Confinado a cadeira	3. Deambula ocasionalmente	4. Deambula freqüentemente
Mobilidade	1. Imóvel	2. Muito limitado	3. Discreta limitação	4. Sem limitação
Nutrição	1. Deficiente	2. Inadequada	3. Adequada	4. Excelente
Fricção e Cisalhamento	1. Problema	2. Problema potencial	3. Sem problema aparente	_____
Total:	Risco Brando 15 a 16 ()		Risco Moderado de 12 a 14 ()	Risco Severo abaixo de 11 ()

- A contagem de pontos baixa, indica uma baixa habilidade funcional, estando o indivíduo em alto risco para desenvolver a úlcera de pressão.
- A pontuação pode ir de 4 a 23.
- Pacientes adultos hospitalizados, com uma contagem \leq que 16 pontos, são considerados de risco.
- Uma pontuação de 16 é considerada risco mínimo; de 13 a 14, risco moderado; de 12 ou menos, risco elevado.

Escala de Glasgow

Variáveis	Escore	
Abertura ocular	Espontânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
Resposta verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensivas	2
	Nenhuma	1
Resposta motora	Obedece comandos	6
	Localiza dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1

Total máximo

15

Total mínimo

3

Nº	CATEGORIA	ESCORE
1	Histórico de queda recente NÃO SIM	0 25
2	Diagnóstico secundário NÃO SIM	0 15
3	Auxílio para deambular Nenhum/ Acamado/ Auxiliado por profissional da saúde/ Cadeira de rodas Muleta/ Bengala/ Andador Mobiliário/ parede	0 15 30
4	Terapia endovenosa/ Dispositivo endovenoso salinizado ou heparinizado NÃO SIM	0 20
5	Marcha Normal/ Sem deambulação/ Acamado Fraca Comprometida, cambaleante	0 10 20
6	Estado mental Orientado, consciente quanto a sua capacidade e limitações Superestima capacidade, esquece de suas limitações	0 15
TOTAL		

Escore	Risco
< 41	Risco médio
41 - 51	Risco elevado
> 51	Risco muito elevado

Escala de Morse



ESTADO DO MARANHÃO
Secretaria de Estado da Saúde
HOSPITAL REGIONAL DE VIANA
Rodovia MA 014 s/nº Vila Zizi – Viana (MA) REGIONAL DE VIANA – MA
(98) 3351-0777 / 3351-1938

LEITO:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME

DATA DE NASCIMENTO:

____/____/____

IDADE:



Ministério da Saúde

APAC

**Autorização de Procedimentos Ambulatoriais
Laudo de Solicitação / Autorização**

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE _____ 2 - CNES _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE _____ 4 - Nº DO PRONTUÁRIO _____

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) _____ 6 - DATA DE NASCIMENTO _____ 7 - SEXO Masc Fem. 8 - RAÇA/COR _____

9 - NOME DA MÃE _____ 10 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE _____ DDD _____

11 - NOME DO RESPONSÁVEL _____ 12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE _____ DDD _____

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) _____

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA _____ 15 - CID, IB, GE MUNICÍPIO _____ 16 - UF _____ 17 - CEP _____

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CID IGO DO PROCEDIMENTO	_____	NOME DO PROCEDIMENTO	_____	QTDE	_____
CID IGO DO PROCEDIMENTO	_____	NOME DO PROCEDIMENTO	_____	QTDE	_____
CID IGO DO PROCEDIMENTO	_____	NOME DO PROCEDIMENTO	_____	QTDE	_____

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO _____ CID 10 PRINCIPAL _____ CID 10 SECUNDÁRIO _____ CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS _____

RESUMO DA ANAMNESE E EXAME FÍSICO _____

EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS _____

JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO _____

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE _____ DATA DA SOLICITAÇÃO _____ ASSINATURA E CARIMBO _____

DOCUMENTO _____ NÚMERO DO DOCUMENTO (CNS/CPF) _____

() CNS () CPF _____

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR _____ COD ORGÃO EMISSOR _____ NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO (APAC) _____

DOCUMENTO _____ NÚMERO DO DOCUMENTO (CNS/CPF) _____

() CNS () CPF _____

DATA DA AUTORIZAÇÃO _____ ASSINATURA E CARIMBO _____ PERÍODO DE VALIDADE DA APAC _____ a / /

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE _____ CNES _____



SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTE



Unidade: _____ Setor: _____ N° Prontuário: _____

Nome completo: _____

Nome Social: _____

Nome da Mãe: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Idade: _____

CNS: _____

Leito: _____ Sexo: () Feminino () Masculino

Peso: _____ Tipagem ABO: _____ Fator RhD: _____

Diagnóstico/CID: _____

Indicação Clínica: _____

Alérgico a: _____

Concentrado de Hemácias	Concentrado de Plaquetas	Plasma Fresco Congelado	Crioprecipitado
Quantidade: _____ () Deleucocitado (Filtrado) () Fenotipado () Lavado () Irrradiado () Aférese	Quantidade: _____ () Randômica () Aférese () Deleucocitado (Filtrado) () Irrradiado () Heterogrupos*:	Quantidade: _____ Iniciar transfusão às ____:____h Aprazado em: ____:____h	Quantidade: _____ Iniciar transfusão às ____:____h Aprazado em: ____:____h

Dados laboratoriais que justifiquem a indicação da transfusão (OBRIGATÓRIO)

Hb: _____ ou Ht: _____ N° de Plaquetas: _____ TAP: _____ TTPA: _____ Fibrinogênio: _____

Transfusões prévias? () Não () Sim, há quanto tempo? _____

Teve reação transfusional? () Não () Sim, qual tipo de reação? _____

Há quanto tempo teve a reação? _____ Antecedentes gestacionais: _____

Tipos da Transfusão

() Programada para ____/____/____ Hora: ____:____

() Urgente (dentro de 3h)
() Emergência (qualquer retardo acarretará risco para vida)

() De rotina (dentro de 24h)

____/____/____ Hora: ____:____

Local, Data

Assinatura e carimbo médico

Uma requisição incompleta, inadequada e ilegível não deve ser aceita pelo serviço de hemoterapia (A solicitação de sangue deve obedecer o que está descrito no artigo 168 da Portaria de Consolidação MS/GM nº 5, de 28 de setembro de 2017).

A Portaria de Consolidação MS/GM nº 5, de 28 de setembro de 2017 tem o objetivo de regulamentar a atividade hemoterápica do país, de acordo com os princípios e diretrizes da Política Nacional de Sangue, Componentes e Derivados, no que se refere à captação, proteção ao doador e ao receptor, coleta, processamento, estocagem, distribuição e transfusão do sangue, de seus componentes e derivados, originados do sangue humano venoso e arterial, para diagnóstico, prevenção e tratamento de doenças. Sendo INDISPENSÁVEL o preenchimento, a assinatura e o carimbo do médico responsável pelo paciente.

Em cumprimento a Resolução – RDC Nº 34, publicada em 11 de junho de 2014 é obrigatória a realização dos testes pré- transfusionais (classificação sanguínea ABO Rh e provas de compatibilidade) para liberação de sangue total ou concentrado de hemácias a ser transfundido. Diante de situações emergenciais, o médico tem autoridade para dispensar a realização dos testes, agilizando a liberação dos produtos. Nesses casos, é IMPRESCINDÍVEL o preenchimento do Termo de Responsabilidade abaixo pelo médico responsável.

Termo de Responsabilidade para Transfusão de Urgência e de Emergência

Declaro estar ciente dos riscos transfusionais a que possa estar submetendo o(a) paciente em questão, por não serem realizadas as provas imunematológicas. O paciente está sob a minha responsabilidade médica e suas condições não permitem demora na liberação do hemocomponentes solicitado, estando eu de acordo com a transfusão sem provas de compatibilidade pré- transfusional.

Data: ____/____/____

Assinatura e carimbo médico

* Autorização de Transfusão com Hemocomponentes Heterogrupos

Declaro estar ciente de que não há no momento disponibilidade de hemocomponente em estoque que seja do mesmo grupo sanguíneo do meu paciente. Diante a urgência do caso, autorizo a transfusão de sangue heterogrupos compatível.

Data: ____/____/____

Assinatura e carimbo médico

Autorização de Transfusão com Hemocomponentes Incompatíveis

Declaro estar ciente de que a condição imunohematológica detectada no sangue do meu paciente está resultando na indisponibilidade de hemocomponentes compatível (eis). Diante da necessidade imediata de tratamento que o caso requer, autorizo a transfusão com hemocomponente(s) menos compatível (eis).

Data: ____/____/____

Assinatura e carimbo médico

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Cirurgia: _____

Paciente:	
RG:	DN:
CNS:	Prontuário:
END:	Município:

Declaro que o Doutor:

NOME MEDICO:	CRM:
Informou-me que tendo em vista o diagnóstico de: _____	

Ser conveniente e indicado proceder a _____

_____ em minha pessoa ou em paciente supra mencionado.

Esclareceu-me que a cirurgia será realizada da seguinte forma:

- Esta cirurgia necessita de anestesia que será avaliada pela equipe de anestesia.
- Abertura da parede abdominal.
- Retirada do útero e anexos por via supra púbica.
- Ressecção do excesso de mucosa vaginal.
- Fechamento da mucosa vaginal.
- Sondagem vesical.
- Se no momento do ato cirúrgico surgir algum imprevisto, a equipe médica poderá variar a técnica cirúrgica programada.

A cirurgia de **Histerectomia (Retirada do útero) por Via Abdominal** não está isenta de complicações. De forma excepcional, pode surgir:

- Hematoma intra-operatório, podendo ser necessário à transfusão de sangue (hemocomponentes) intra ou pós-operatório. A transfusão de hemocomponentes (concentrados de hemácias, plaquetas, plasma ou crioprecipitado) pode ser necessária para restabelecer a função normal do sangue, como por exemplo, em situação de anemias graves ou hemorragias ou em decorrente de procedimentos cirúrgicos. Apenas de os hemocomponentes serem preparados respeitando critérios rígidos de controle de qualidade estabelecidos pelo Ministério da Saúde, a transfusão sanguínea pode apresentar riscos ao paciente e, por isso é sempre indicada de forma bastante criteriosa. Esses riscos incluem reações imediatas indesejáveis como febre, colafrios e alergia, geralmente leves e tratáveis, mas em raríssimas ocasiões podem ser fatais. Apesar de os testes sorológicos utilizados atualmente apresentarem alta sensibilidade e segurança, há também um risco mínimo de transmissão de microorganismo que podem não ser detectados através desses exames.
- Lesão de bexiga e/ou de alças intestinais, sendo necessário o concurso de cirurgião especializado.
- Hematoma pós-operatório, isto é, acúmulo de sangue no local cirúrgico, devendo ser feito uma drenagem cirúrgica.
- Infecções pós-operatória, locais e ou sistêmicas que às vezes requerem drenagem de coleções purulentas e uso de antibióticos.

- Deiscência (abertura dos pontos) da ferida operatória com a perda dos pontos dados, havendo algumas vezes necessidade de nova anestesia para refazer os pontos que abriam.
- Dores lombares devido à posição cirúrgica.
- Trombose venosa dos membros inferiores.
- Quelóides (cicatriz espessa e dolorida) e retração cicatricial.
- Parestesias nos membros inferiores.
- Formação de fistulas ginecológicas.
- Vagina curta com dificuldade para ter relação sexual..
- Toda intervenção cirúrgica, seja pela própria técnica cirúrgica seja pelas condições clínicas de cada paciente (diabetes, cardiopatia, hipertensão, idade avançada, anemia, obesidade..) traz implícita uma série de complicações comuns e potencialmente sérias que poderão exigir tratamentos complementares, tanto médicos como cirúrgicos, assim como um mínimo de percentual de mortalidade.

A não autorização e realização do referido procedimento, pode levar a prejuízos na realização do tratamento adequado.

Estou ciente que, a qualquer momento antes que o referido procedimento seja realizado e sem necessidade de dar nenhuma explicação, poderei revogar o consentimento que agora presto.

Por fim, declaro ter lido as informações, que todas as minhas dúvidas e questões foram esclarecidas através de linguagem clara, a qual entendi perfeitamente, decidindo conjuntamente com o meu médico que a HISTERECTOMIA POR VIA ABDOMINAL é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico.

Por tal razão e nestas condições, CONSINTO que se realize a HISTERECTOMIA POR VIA ABDOMINAL proposta.

Viana/MA ____ / ____ / _____

Médico

Paciente

Testemunha: _____ R.G.: _____

Testemunha: _____ R.G.: _____

Apesar de seu médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, você deve participar do processo de decisão sobre o seu tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.

REVOGAÇÃO

Revogo o consentimento prestado na data de: ____ / ____ / _____ e afirmo que não desejo prosseguir no tratamento que me foi proposto, que dou como finalizado nesta data, assumindo toda e qualquer responsabilidade pelos riscos aos quais me exponho e que me foram explicados, ao tomar esta decisão. Ainda assim ISENTO de qualquer responsabilidade o médico assistente.

Médico

Paciente

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Cirurgia: _____

Paciente:	
RG:	DN:
CNS:	Prontuário:
END:	Município:

Declaro que o Doutor:

NOME MEDICO:	CRM:
Informou-me que tendo em vista o diagnóstico de: _____	

Ser conveniente e indicado proceder a _____
_____ em minha pessoa ou em paciente supra mencionado.

Esclareceu-me que a cirurgia será realizada da seguinte forma:

- Esta cirurgia necessita de anestesia que será avaliada pela equipe de anestesia.
- Abertura da parede abdominal.
- Retirada do útero e anexos por via supra púbica.
- Ressecção do excesso de mucosa vaginal.
- Fechamento da mucosa vaginal.
- Sondagem vesical.
- Se no momento do ato cirúrgico surgir algum imprevisto, a equipe médica poderá variar a técnica cirúrgica programada.

A cirurgia de **Cirurgias ginecológicas em geral** não está isenta de complicações. De forma excepcional, pode surgir:

- Hematoma intra-operatório, podendo ser necessário à transfusão de sangue (hemocomponentes) intra ou pós-operatório. A transfusão de hemocomponentes (concentrados de hemácias, plaquetas, plasma ou crioprecipitado) pode ser necessária para restabelecer a função normal do sangue, como por exemplo, em situação de anemias graves ou hemorragias ou em decorrente de procedimentos cirúrgicos. Apenas de os hemocomponentes serem preparados respeitando critérios rígidos de controle de qualidade estabelecidos pelo Ministério da Saúde, a transfusão sanguínea pode apresentar riscos ao paciente e, por isso é sempre indicada de forma bastante criteriosa. Esses riscos incluem reações imediatas indesejáveis como febre, colafrios e alergia, geralmente leves e tratáveis, mas em raríssimas ocasiões podem ser fatais. Apesar de os testes sorológicos utilizados atualmente apresentarem alta sensibilidade e segurança, há também um risco mínimo de transmissão de microorganismo que podem não ser detectados através desses exames.
- Lesão de bexiga e/ou de alças intestinais, sendo necessário o concurso de cirurgião especializado.
- Hematoma pós-operatório, isto é, acúmulo de sangue no local cirúrgico, devendo ser feito uma drenagem cirúrgica.
- Infecções pós-operatória, locais e ou sistêmicas que às vezes requerem drenagem de coleções purulentas e uso de antibióticos.

- Deiscência (abertura dos pontos) da ferida operatória com a perda dos pontos dados, havendo algumas vezes necessidade de nova anestesia para refazer os pontos que abriam.
- Dores lombares devido à posição cirúrgica.
- Trombose venosa dos membros inferiores.
- Quelóides (cicatriz espessa e dolorida) e retração cicatricial.
- Parestesias nos membros inferiores.
- Formação de fistulas ginecológicas.
- Vagina curta com dificuldade para ter relação sexual..
- Toda intervenção cirúrgica, seja pela própria técnica cirúrgica seja pelas condições clínicas de cada paciente (diabetes, cardiopatia, hipertensão, idade avançada, anemia, obesidade..) traz implícita uma série de complicações comuns e potencialmente sérias que poderão exigir tratamentos complementares, tanto médicos como cirúrgicos, assim como um mínimo de percentual de mortalidade.

A não autorização e realização do referido procedimento, pode levar a prejuízos na realização do tratamento adequado.

Estou ciente que, a qualquer momento antes que o referido procedimento seja realizado e sem necessidade de dar nenhuma explicação, poderei revogar o consentimento que agora presto.

Por fim, declaro ter lido as informações, que todas as minhas dúvidas e questões foram esclarecidas através de linguagem clara, a qual entendi perfeitamente, decidindo conjuntamente com o meu médico que a Cirurgias ginecológicas em geral é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico.

Por tal razão e nestas condições, **CONSINTO** que se realize a Cirurgia ginecologica proposta.

Viana/MA ____ / ____ / _____

Médico

Paciente

Testemunha: _____ R.G.: _____

Testemunha: _____ R.G.: _____

Apesar de seu médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, você deve participar do processo de decisão sobre o seu tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.

REVOGAÇÃO

Revogo o consentimento prestado na data de: ____ / ____ / _____ e afirmo que não desejo prosseguir no tratamento que me foi proposto, que dou como finalizado nesta data, assumindo toda e qualquer responsabilidade pelos riscos aos quais me exponho e que me foram explicados, ao tomar esta decisão. Ainda assim **ISENTO** de qualquer responsabilidade o médico assistente.

Médico

Paciente



ESTADO DO MARANHÃO
Secretaria de Estado de Saúde
HOSPITAL REGIONAL DE VIANA
(98) 3351-0777 / 3351-1938



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Cirurgia: _____

Paciente:	
RG:	DN:
CNS:	Prontuário:
ENDEREÇO:	Município:

Por este instrumento particular o (a) paciente _____ ou seu responsável Sr. (a) _____, declara, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei 8.078/90 que dá plena autorização ao (à) médico(a) assistente, Dr.(a) _____, inscrito(a) no CRM- _____ sob o nº _____ para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado “**DEBRIDAMENTO CIRÚRGICO**”, e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestésias ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde. Declara, outrossim, que o referido (a) médico (a), atendendo ao disposto nos arts. 22º e 34º do Código de Ética Médica e no art. 9º da Lei 8.078/90 (abaixo transcritos) e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico-cirúrgico anteriormente citado, prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento sugerido e ora autorizado, especialmente as que se seguem:

DEFINIÇÃO: Tem por finalidade fazer a limpeza de feridas cirúrgicas ou não, retirando os tecidos infectados/necrosado.

COMPLICAÇÕES: 1. Sangramento 2. Perda de tecido (pele, músculo e tendões) 3. Septicemia 4. Formação de cicatrizes e retração tissulares 5. Retração articular

INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE

A legislação nacional vigente obriga os hospitais a manterem uma comissão e um programa de prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde.

De acordo com a Agência nacional de Vigilância sanitária (ANVISA) e com o National Healthcare Safety Network (NHSN), as taxas aceitáveis de infecção para cada potencial de contaminação cirúrgica são:

- Cirurgias limpas: até 4%
- Cirurgias potencialmente contaminadas: até 10%
- Cirurgias contaminadas: até 17%

Mesmo tomando-se todas as medidas possíveis para a prevenção de infecções, tanto por parte do cirurgião e equipe, quanto por parte do hospital, esse risco existe e deve sempre ser considerado.

Declara ainda, ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendeu perfeitamente e aceitou, compromissando-se respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo(a) médico(a), estando ciente de que sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais a si (ou ao paciente).

Declara, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura, e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o (a) médico (a) a modificar as condutas inicialmente

propostas, sendo que, neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento.

Finalmente, declara ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar atendido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível.

Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.

VIANA (MA) _____ / _____ / _____

Ass. Paciente e /ou Responsável

Nome : _____

RG/ CPF : _____

Médico



ESTADO DO MARANHÃO
Secretaria de Estado de Saúde
HOSPITAL REGIONAL DE VIANA
(98) 3351-0777 / 3351-1938



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Cirurgia: _____

Paciente:	
RG:	DN:
CNS:	Prontuário:
ENDEREÇO:	Município:

Declaro que o Doutor(a):

Nome Médico(a): _____	CRM: _____
Informou-me que tenho em vista o diagnóstico de: _____ _____	

Ser conveniente e indicado proceder a _____
_____ em minha pessoa ou
em paciente supra mencionado.

Por este instrumento particular o (a) paciente _____ ou seu responsável Sr. (a) _____, declara, para todos os fins legais, especialmente do disposto no **artigo 39**, VI, da **Lei 8.078/90** que dá plena autorização ao (à) médico(a) assistente, Dr.(a) _____, inscrito(a) no **CRM** _____ sob o **Nº** _____ para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado " _____ ", e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestésias ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde. Declara, outrossim, que o referido (a) médico (a), atendendo ao disposto nos **arts. 22º e 34º** do Código de Ética Médica e no **art. 9º da Lei 8.078/90** (abaixo transcritos) e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico-cirúrgico anteriormente citado, prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento sugerido e ora autorizado, especialmente as que se seguem:

DEFINIÇÃO: a cirurgia tem o objetivo de deixar os ossos alinhados nos planos sagital, coronal e rotacional, mantendo-os nesta posição através de fixação por hastes, placas, parafusos, pinos ou fixadores externos.

COMPLICAÇÕES:

- 1- Infecção
- 2- Rejeição do metal
- 3- Necrose de pele e músculos
- 4- Síndrome compartimental pode acontecer antes e depois de ser operado. Este problema deve ser resolvido nas primeiras 6 - 8 horas, e caracteriza-se por dor intensa, cianose (roxidão) dos dedos e amortecimento. O médico deve ser informado imediatamente se isso acontecer.



ESTADO DO MARANHÃO
Secretaria de Estado de Saúde
HOSPITAL REGIONAL DE VIANA
(98) 3351-0777 / 3351-1938



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Cirurgia: _____

Paciente:	
RG:	DN:
CNS:	Prontuário:
ENDEREÇO:	Município:

Por este instrumento particular o (a) paciente _____ ou seu responsável Sr. (a) _____, declara, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei 8.078/90 que dá plena autorização ao (à) médico(a) assistente, Dr.(a) _____, inscrito(a) no CRM- _____ sob o nº _____ para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado “ _____”, e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestésias ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde. Declara, outrossim, que o referido (a) médico (a), atendendo ao disposto nos arts. 22º e 34º do Código de Ética Médica e no art. 9º da Lei 8.078/90 (abaixo transcritos) e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico-cirúrgico anteriormente citado, prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento sugerido e ora autorizado, especialmente as que se seguem:

INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE

A legislação nacional vigente obriga os hospitais a manterem uma comissão e um programa de prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde.

De acordo com a Agência nacional de Vigilância sanitária (ANVISA) e com o National Healthcare Safety Network (NHSN), as taxas aceitáveis de infecção para cada potencial de contaminação cirúrgica são:

- Cirurgias limpas: até 4%
- Cirurgias potencialmente contaminadas: até 10%
- Cirurgias contaminadas: até 17%

Mesmo tomando-se todas as medidas possíveis para a prevenção de infecções, tanto por parte do cirurgião e equipe, quanto por parte do hospital, esse risco existe e deve sempre ser considerado.

Declara ainda, ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendeu perfeitamente e aceitou, comprometendo-se respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo(a) médico(a), estando ciente de que sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais a si (ou ao paciente).

Declara, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura, e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o (a) médico (a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento.

Finalmente, declara ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar atendido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível.

Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.

VIANA (MA) _____ / _____ / _____

Ass. Paciente e /ou Responsável

Nome : _____

RG/ CPF : _____

Médico



ESTADO DO MARANHÃO
Secretaria de Estado de Saúde
HOSPITAL REGIONAL DE VIANA
(98) 3351-0777 / 3351-1938



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Cirurgia: _____

Paciente:	
RG:	DN:
CNS:	Prontuário:
ENDEREÇO:	Município:

Por este instrumento particular o (a) paciente _____ ou seu responsável Sr. (a) _____, declara, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei 8.078/90 que dá plena autorização ao (à) médico(a) assistente, Dr.(a) _____, inscrito(a) no CRM- _____ sob o nº _____ para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado “ _____”, e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestésias ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde. Declara, outrossim, que o referido (a) médico (a), atendendo ao disposto nos arts. 22º e 34º do Código de Ética Médica e no art. 9º da Lei 8.078/90 (abaixo transcritos) e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico-cirúrgico anteriormente citado, prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento sugerido e ora autorizado, especialmente as que se seguem:

INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE

A legislação nacional vigente obriga os hospitais a manterem uma comissão e um programa de prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde.

De acordo com a Agência nacional de Vigilância sanitária (ANVISA) e com o National Healthcare Safety Network (NHSN), as taxas aceitáveis de infecção para cada potencial de contaminação cirúrgica são:

- Cirurgias limpas: até 4%
- Cirurgias potencialmente contaminadas: até 10%
- Cirurgias contaminadas: até 17%

Mesmo tomando-se todas as medidas possíveis para a prevenção de infecções, tanto por parte do cirurgião e equipe, quanto por parte do hospital, esse risco existe e deve sempre ser considerado.

Declara ainda, ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendeu perfeitamente e aceitou, comprometendo-se respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo(a) médico(a), estando ciente de que sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais a si (ou ao paciente).

Declara, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura, e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o (a) médico (a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento.

Finalmente, declara ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar atendido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível.

Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.

VIANA (MA) _____ / _____ / _____

Ass. Paciente e /ou Responsável

Nome : _____

RG/ CPF : _____

Médico

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Cirurgia: _____

Paciente:	
RG:	DN:
CNS:	Prontuário:
END:	Município:

Declaro que o Doutor:

NOME MEDICO:	CRM:
Informou-me que tendo em vista o diagnóstico de: _____	

Ser conveniente e indicado proceder a _____
_____ em minha pessoa ou em paciente supra mencionado.

Esclareceu-me que a cirurgia será realizada da seguinte forma:

- Esta cirurgia necessita de anestesia que será avaliada pela equipe de anestesia.
- Sondagem vesical.
- Se no momento do ato cirúrgico surgir algum imprevisto, a equipe médica poderá variar a técnica cirúrgica programada.

As cirurgias de **Postectomia (correção de fimose)** não estão isentas de complicações. De forma excepcional, pode surgir:

- Hematoma intra-operatório, podendo ser necessário à transfusão de sangue (hemocomponentes) intra ou pós-operatório. A transfusão de hemocomponentes (concentrados de hemácias, plaquetas, plasma ou crioprecipitado) pode ser necessária para restabelecer a função normal do sangue, como por exemplo, em situação de anemias graves ou hemorragias ou em decorrente de procedimentos cirúrgicos. Apenas de os hemocomponentes serem preparados respeitando critérios rígidos de controle de qualidade estabelecidos pelo Ministério da Saúde, a transfusão sanguínea pode apresentar riscos ao paciente e, por isso é sempre indicada de forma bastante criteriosa. Esses riscos incluem reações imediatas indesejáveis como febre, colafrios e alergia, geralmente leves e tratáveis, mas em raríssimas ocasiões podem ser fatais. Apesar de os testes sorológicos utilizados atualmente apresentarem alta sensibilidade e segurança, há também um risco mínimo de transmissão de microorganismo que podem não ser detectados através desses exames.
- Hematoma pós-operatório, isto é, acúmulo de sangue no local cirúrgico, devendo ser feito uma drenagem cirúrgica.
- Infecções pós-operatória, locais e ou sistêmicas que às vezes requerem drenagem de coleções purulentas e uso de antibióticos.
- Deiscência (abertura dos pontos) da ferida operatória com a perda dos pontos dados, havendo algumas vezes necessidade de nova anestesia para refazer os pontos que abriam.
- Trombose venosa dos membros inferiores.

- Quelóides (cicatriz espessa e dolorida) e retração cicatricial.
- Parestesias nos membros inferiores.
- Toda intervenção cirúrgica, seja pela própria técnica cirúrgica seja pelas condições clínicas de cada paciente (diabetes, cardiopatia, hipertensão, idade avançada, anemia, obesidade..) traz implícita uma série de complicações comuns e potencialmente sérias que poderão exigir tratamentos complementares, tanto médicos como cirúrgicos, assim como um mínimo de percentual de mortalidade.

A não autorização e realização do referido procedimento, pode levar a prejuízos na realização do tratamento adequado.

Estou ciente que, a qualquer momento antes que o referido procedimento seja realizado e sem necessidade de dar nenhuma explicação, poderei revogar o consentimento que agora presto.

Por fim, declaro ter lido as informações, que todas as minhas dúvidas e questões foram esclarecidas através de linguagem clara, a qual entendi perfeitamente, decidindo conjuntamente com o meu médico que a Postectomia é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico.

Por tal razão e nestas condições, **CONSINTO** que se realize a postectomia proposta.

Viana/MA ____ / ____ / _____

Médico

Paciente

Testemunha: _____ R.G.: _____

Testemunha: _____ R.G.: _____

Apesar de seu médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, você deve participar do processo de decisão sobre o seu tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.

REVOGAÇÃO

Revogo o consentimento prestado na data de: ____ / ____ / _____ e afirmo que não desejo prosseguir no tratamento que me foi proposto, que dou como finalizado nesta data, assumindo toda e qualquer responsabilidade pelos riscos aos quais me exponho e que me foram explicados, ao tomar esta decisão. Ainda assim **ISENTO** de qualquer responsabilidade o médico assistente.

Médico

Paciente

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Cirurgia: _____

Paciente:	
RG:	DN:
CNS:	Prontuário:
END:	Município:

Declaro que o Doutor:

NOME MEDICO:	CRM:
Informou-me que tendo em vista o diagnóstico de: _____	

Ser conveniente e indicado proceder a _____

_____ em minha pessoa ou em paciente supra mencionado.

Esclareceu-me que a cirurgia será realizada da seguinte forma:

- Esta cirurgia necessita de anestesia que será avaliada pela equipe de anestesia..
- Se no momento do ato cirúrgico surgir algum imprevisto, a equipe médica poderá variar a técnica cirúrgica programada.

A cirurgia de **Hemorroidectomia** não está isenta de complicações. De forma excepcional, pode surgir:

- Hematoma intra-operatório, podendo ser necessário à transfusão de sangue (hemocomponentes) intra ou pós-operatório. A transfusão de hemocomponentes (concentrados de hemácias, plaquetas, plasma ou crioprecipitado) pode ser necessária para restabelecer a função normal do sangue, como por exemplo, em situação de anemias graves ou hemorragias ou em decorrente de procedimentos cirúrgicos. Apenas de os hemocomponentes serem preparados respeitando critérios rígidos de controle de qualidade estabelecidos pelo Ministério da Saúde, a transfusão sanguínea pode apresentar riscos ao paciente e, por isso é sempre indicada de forma bastante criteriosa. Esses riscos incluem reações imediatas indesejáveis como febre, colafrios e alergia, geralmente leves e tratáveis, mas em raríssimas ocasiões podem ser fatais. Apesar de os testes sorológicos utilizados atualmente apresentarem alta sensibilidade e segurança, há também um risco mínimo de transmissão de microorganismo que podem não ser detectados através desses exames.
- Lesão de alças intestinais Reto e lesão de esfíncter anal com incontinência fecal, sendo necessário o concurso de cirurgião especializado.
- Hematoma pós-operatório, isto é, acúmulo de sangue no local cirúrgico, devendo ser feito uma drenagem cirúrgica.
- Infecções pós-operatória, locais e ou sistêmicas que às vezes requerem drenagem de coleções purulentas e uso de antibióticos.
- Deiscência (abertura dos pontos) da ferida operatória com a perda dos pontos dados, havendo algumas vezes necessidade de nova anestesia para refazer os pontos que abriram.
- Dores lombares devido à posição cirúrgica.
- Trombose venosa dos membros inferiores.
- Parestesias nos membros inferiores.

- Formação de fistulas perianais.
- Toda intervenção cirúrgica, seja pela própria técnica cirúrgica seja pelas condições clínicas de cada paciente (diabetes, cardiopatia, hipertensão, idade avançada, anemia, obesidade..) traz implícita uma série de complicações comuns e potencialmente sérias que poderão exigir tratamentos complementares, tanto médicos como cirúrgicos, assim como um mínimo de percentual de mortalidade.

A não autorização e realização do referido procedimento, pode levar a prejuízos na realização do tratamento adequado.

Estou ciente que, a qualquer momento antes que o referido procedimento seja realizado e sem necessidade de dar nenhuma explicação, poderei revogar o consentimento que agora presto.

Por fim, declaro ter lido as informações, que todas as minhas dúvidas e questões foram esclarecidas através de linguagem clara, a qual entendi perfeitamente, decidindo conjuntamente com o meu médico que a **Hemorroidectomia** é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico.

Por tal razão e nestas condições, CONSINTO que se realize a hemorroidectomia proposta.

Viana/MA ____ / ____ / _____

Médico

Paciente

Testemunha: _____ R.G.: _____

Testemunha: _____ R.G.: _____

Apesar de seu médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, você deve participar do processo de decisão sobre o seu tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.

REVOGAÇÃO

Revogo o consentimento prestado na data de: ____ / ____ / _____ e afirmo que não desejo prosseguir no tratamento que me foi proposto, que dou como finalizado nesta data, assumindo toda e qualquer responsabilidade pelos riscos aos quais me exponho e que me foram explicados, ao tomar esta decisão. Ainda assim ISENTO de qualquer responsabilidade o médico assistente.

Médico

Paciente

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Cirurgia: _____

Paciente:	
RG:	DN:
CNS:	Prontuário:
END:	Município:

Declaro que o Doutor:

NOME MEDICO:	CRM:
Informou-me que tendo em vista o diagnóstico de: _____ _____	

Ser conveniente e indicado proceder a _____
_____ em minha pessoa ou em paciente supra mencionado.

Esclareceu-me que a cirurgia será realizada da seguinte forma:

- Esta cirurgia necessita de anestesia que será avaliada pela equipe de anestesia.
- Abertura da parede abdominal.
- Correção da parede abdominal com o uso de pontos e as vezes com utilização de material inerte (telas cirúrgicas) que podem causar rejeição.
- Sondagem vesical.
- Se no momento do ato cirúrgico surgir algum imprevisto, a equipe médica poderá variar a técnica cirúrgica programada.

As cirurgias de **Hernioplastias inguinais, crurais e umbilicais** não estão isentas de complicações. De forma excepcional, pode surgir:

- Hematoma intra-operatório, podendo ser necessário à transfusão de sangue (hemocomponentes) intra ou pós-operatório. A transfusão de hemocomponentes (concentrados de hemácias, plaquetas, plasma ou crioprecipitado) pode ser necessária para restabelecer a função normal do sangue, como por exemplo, em situação de anemias graves ou hemorragias ou em decorrente de procedimentos cirúrgicos. Apenas de os hemocomponentes serem preparados respeitando critérios rígidos de controle de qualidade estabelecidos pelo Ministério da Saúde, a transfusão sanguínea pode apresentar riscos ao paciente e, por isso é sempre indicada de forma bastante criteriosa. Esses riscos incluem reações imediatas indesejáveis como febre, colafrios e alergia, geralmente leves e tratáveis, mas em raríssimas ocasiões podem ser fatais. Apesar de os testes sorológicos utilizados atualmente apresentarem alta sensibilidade e segurança, há também um risco mínimo de transmissão de microorganismo que podem não ser detectados através desses exames.
- Lesão de bexiga e/ou de alças intestinais, sendo necessário o concurso de cirurgião especializado.
- Hematoma pós-operatório, isto é, acúmulo de sangue no local cirúrgico, devendo ser feita uma drenagem cirúrgica.

- Infecções pós-operatória, locais e ou sistemáticas que às vezes requerem drenagem de coleções purulentas e uso de antibióticos.
- Deiscência (abertura dos pontos) da ferida operatória com a perda dos pontos dados, havendo algumas vezes necessidade de nova anestesia para refazer os pontos que abriam.
- Trombose venosa dos membros inferiores.
- Quelóides (cicatriz espessa e dolorida) e retração cicatricial.
- Parestesias nos membros inferiores.
- Toda intervenção cirúrgica, seja pela própria técnica cirúrgica seja pelas condições clínicas de cada paciente (diabetes, cardiopatia, hipertensão, idade avançada, anemia, obesidade..) traz implícita uma série de complicações comuns e potencialmente sérias que poderão exigir tratamentos complementares, tanto médicos como cirúrgicos, assim como um mínimo de percentual de mortalidade.

A não autorização e realização do referido procedimento, pode levar a prejuízos na realização do tratamento adequado.

Estou ciente que, a qualquer momento antes que o referido procedimento seja realizado e sem necessidade de dar nenhuma explicação, poderei revogar o consentimento que agora presto.

Por fim, declaro ter lido as informações, que todas as minhas dúvidas e questões foram esclarecidas através de linguagem clara, a qual entendi perfeitamente, decidindo conjuntamente com o meu médico que a Hernioplastias inguinais, crurais ou umbilicais é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico.

Por tal razão e nestas condições, CONSINTO que se realize a Hernioplastias inguinais, crurais ou umbilicais proposta.

Viana/MA _____ / _____ / _____

Médico

Paciente

Testemunha: _____ R.G.: _____

Testemunha: _____ R.G.: _____

Apesar de seu médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, você deve participar do processo de decisão sobre o seu tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.

REVOGAÇÃO

Revogo o consentimento prestado na data de: ____ / ____ / _____ e afirmo que não desejo prosseguir no tratamento que me foi proposto, que dou como finalizado nesta data, assumindo toda e qualquer responsabilidade pelos riscos aos quais me exponho e que me foram explicados, ao tomar esta decisão. Ainda assim ISENTO de qualquer responsabilidade o médico assistente.

Médico

Paciente

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Cirurgia: _____

Paciente:	
RG:	DN:
CNS:	Prontuário:
END:	Município:

Declaro que o Doutor:

NOME MEDICO:	CRM:
Informou-me que tendo em vista o diagnóstico de: _____	

Ser conveniente e indicado proceder a _____
_____ em minha pessoa ou em paciente supra mencionado.

Esclareceu-me que a cirurgia será realizada da seguinte forma:

- Esta cirurgia necessita de anestesia que será avaliada pela equipe de anestesia.
- Abertura da parede abdominal.
- Retirada da vesícula biliar
- Sondagem vesical.
- Se no momento do ato cirúrgico surgir algum imprevisto, a equipe médica poderá variar a técnica cirúrgica programada.

A cirurgia de **COLECISTECTOMIA VIA CONVENCIONAL** não está isenta de complicações. De forma excepcional, pode surgir:

- Hematoma intra-operatório, podendo ser necessário à transfusão de sangue (hemocomponentes) intra ou pós-operatório. A transfusão de hemocomponentes (concentrados de hemácias, plaquetas, plasma ou crioprecipitado) pode ser necessária para restabelecer a função normal do sangue, como por exemplo, em situação de anemias graves ou hemorragias ou em decorrente de procedimentos cirúrgicos. Apenas de os hemocomponentes serem preparados respeitando critérios rígidos de controle de qualidade estabelecidos pelo Ministério da Saúde, a transfusão sanguínea pode apresentar riscos ao paciente e, por isso é sempre indicada de forma bastante criteriosa. Esses riscos incluem reações imediatas indesejáveis como febre, colafrios e alergia, geralmente leves e tratáveis, mas em raríssimas ocasiões podem ser fatais. Apesar de os testes sorológicos utilizados atualmente apresentarem alta sensibilidade e segurança, há também um risco mínimo de transmissão de microorganismo que podem não ser detectados através desses exames.
- Lesão de colédoco, icterícia, obstrução da via biliar e/ou de alças intestinais, sendo necessário o concurso de cirurgião especializado.
- Hematoma pós-operatório, isto é, acúmulo de sangue no local cirúrgico, devendo ser feito uma drenagem cirúrgica.
- Infecções pós-operatória, locais e ou sistêmicas que às vezes requerem drenagem de coleções purulentas e uso de antibióticos.

MA 014, s/nº, Bairro Frei Serafim, s/nº, Viana/MA.
CEP.: 65.215-000

- Deiscência (abertura dos pontos) da ferida operatória com a perda dos pontos dados, havendo algumas vezes necessidade de nova anestesia para refazer os pontos que abriram.
- Trombose venosa dos membros inferiores.
- Quelóides (cicatriz espessa e dolorida) e retração cicatricial.
- Parestesias nos membros inferiores.
- Toda intervenção cirúrgica, seja pela própria técnica cirúrgica seja pelas condições clínicas de cada paciente (diabetes, cardiopatia, hipertensão, idade avançada, anemia, obesidade..) traz implícita uma série de complicações comuns e potencialmente sérias que poderão exigir tratamentos complementares, tanto médicos como cirúrgicos, assim como um mínimo de percentual de mortalidade.

A não autorização e realização do referido procedimento, pode levar a prejuízos na realização do tratamento adequado.

Estou ciente que, a qualquer momento antes que o referido procedimento seja realizado e sem necessidade de dar nenhuma explicação, poderei revogar o consentimento que agora presto.

Por fim, declaro ter lido as informações, que todas as minhas dúvidas e questões foram esclarecidas através de linguagem clara, a qual entendi perfeitamente, decidindo conjuntamente com o meu médico que a COLECISTECTOMIA VIA CONVENCIONAL é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico.

Por tal razão e nestas condições, CONSENTO que se realize a COLECISTECTOMIA VIA CONVENCIONAL proposta.

Viana/MA ____ / ____ / _____

Médico

Paciente

Testemunha: _____ R.G.: _____

Testemunha: _____ R.G.: _____

Apesar de seu médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, você deve participar do processo de decisão sobre o seu tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.

REVOGAÇÃO

Revogo o consentimento prestado na data de: ____ / ____ / _____ e afirmo que não desejo prosseguir no tratamento que me foi proposto, que dou como finalizado nesta data, assumindo toda e qualquer responsabilidade pelos riscos aos quais me exponho e que me foram explicados, ao tomar esta decisão. Ainda assim ISENTO de qualquer responsabilidade o médico assistente.

Médico

Paciente

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Cirurgia: _____

Paciente:	
RG:	DN:
CNS:	Prontuário:
END:	Município:

Declaro que o Doutor:

NOME MEDICO:	CRM:
Informou-me que tendo em vista o diagnóstico de: _____ _____	

Ser conveniente e indicado proceder a _____

_____ em minha pessoa ou em paciente supra mencionado.

Esclareceu-me que a cirurgia será realizada da seguinte forma:

- Posição ginecológica com pernas elevadas.
- Esta cirurgia necessita de anestesia que será avaliada pela equipe de anestesia.
- Deslocamento da mucosa vaginal.
- Retirada do útero e anexos por via vaginal.
- Levantamento da bexiga por via vaginal.
- Ressecção do excesso de mucosa vaginal.
- Fechamento da mucosa vaginal.
- Sondagem vesical.
- Se no momento do ato cirúrgico surgir algum imprevisto, a equipe médica poderá variar a técnica cirúrgica programada.

A cirurgia de Correção de **Prolapsos Perineais e Histerectomia por Via Vaginal** não está isenta de complicações. De forma excepcional, pode surgir:

- Hematoma intra-operatório, podendo ser necessário à transfusão de sangue (hemocomponentes) intra ou pós-operatório. A transfusão de hemocomponentes (concentrados de hemácias, plaquetas, plasma ou crioprecipitado) pode ser necessária para restabelecer a função normal do sangue, como por exemplo, em situação de anemias graves ou hemorragias ou em decorrente de procedimentos cirúrgicos. Apenas de os hemocomponentes serem preparados respeitando critérios rígidos de controle de qualidade estabelecidos pelo Ministério da Saúde, a transfusão sanguínea pode apresentar riscos ao paciente e, por isso é sempre indicada de forma bastante criteriosa. Esses riscos incluem reações imediatas indesejáveis como febre, colafrios e alergia, geralmente leves e tratáveis, mas em raríssimas ocasiões podem ser fatais. Apesar de os testes sorológicos utilizados atualmente apresentarem alta sensibilidade e segurança, há também um risco mínimo de transmissão de microorganismo que podem não ser detectados através desses exames.
- Lesão de bexiga e/ou de alças intestinais, sendo necessário o concurso de cirurgião especializado.
- Hematoma pós-operatório, isto é, acúmulo de sangue no local cirúrgico, devendo ser feita uma drenagem cirúrgica.

- Infecções pós-operatória, locais e ou sistemáticas que às vezes requerem drenagem de coleções purulentas e uso de antibióticos.
- Deiscência (abertura dos pontos) da ferida operatória com a perda dos pontos dados, havendo algumas vezes necessidade de nova anestesia para refazer os pontos que abriram.
- Dores lombares devido à posição cirúrgica.
- Trombose venosa dos membros inferiores.
- Quelóides (cicatriz espessa e dolorida) e retração cicatricial.
- Parestesias nos membros inferiores.
- Formação de fistulas ginecológicas.
- Vagina curta com dificuldade para ter relação sexual.
- Recidiva de prolapso (reaparecimento que queda da bexiga, cúpula vaginal, útero ou reto).
- Toda intervenção cirúrgica, seja pela própria técnica cirúrgica seja pelas condições clínicas de cada paciente (diabetes, cardiopatia, hipertensão, idade avançada, anemia, obesidade..) traz implícita uma série de complicações comuns e potencialmente sérias que poderão exigir tratamentos complementares, tanto médicos como cirúrgicos, assim como um mínimo de percentual de mortalidade.

A não autorização e realização do referido procedimento, pode levar a prejuízos na realização do tratamento adequado.

Estou ciente que, a qualquer momento antes que o referido procedimento seja realizado e sem necessidade de dar nenhuma explicação, poderei revogar o consentimento que agora presto.

Por fim, declaro ter lido as informações, que todas as minhas dúvidas e questões foram esclarecidas através de linguagem clara, a qual entendi perfeitamente, decidindo conjuntamente com o meu médico que a CORREÇÃO DE PROLAPSOS PERINEAIS E HISTERECTOMIA POR VIA VAGINAL é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico.

Por tal razão e nestas condições, CONSINTO que se realize a CORREÇÃO DE PROLAPSOS PERINEAIS E HISTERECTOMIA POR VIA VAGINAL proposta.

Viana/MA ____ / ____ / _____

Médico

Paciente

Testemunha: _____ R.G.: _____

Testemunha: _____ R.G.: _____

Apesar de seu médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, você deve participar do processo de decisão sobre o seu tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.

REVOGAÇÃO

Revogo o consentimento prestado na data de: ____ / ____ / _____ e afirmo que não desejo prosseguir no tratamento que me foi proposto, que dou como finalizado nesta data, assumindo toda e qualquer responsabilidade pelos riscos aos quais me exponho e que me foram explicados, ao tomar esta decisão. Ainda assim ISENTO de qualquer responsabilidade o médico assistente.

Médico

Paciente



ESTADO DO MARANHÃO
Secretaria de Estado da Saúde
HOSPITAL REGIONAL DE VIANA
ROD MA 014 S/N – SANTA EULALIA CEP.: 65.215-000
(98) 3351-0777 / 3351-1938 / 3351-0725

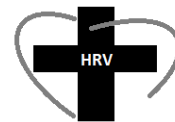


AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES EMERGENCIAIS IMAGEM

UNIDADE SOLICITANTE:	
NOME DO PACIENTE:	
DATA SOLICITAÇÃO:	
UNIDADE EXECUTANTE:	
TIPO DE EXAME:	
QUADRO CLÍNICO:	
SINAIS VITAIS:	PA: ____ X _____ mmHG FC: _____ BAT/MIN GLASGOW: _____
EXAMES REALIZADOS ANTERIORES	ULTRASSONOGRRAFIA: () SIM () NÃO RESULTADO: _____ RAIO X: () SIM () NÃO RESULTADO: _____
MÉDICO SOLICITANTE:	NOME: _____ CRM: _____
ASSINATURA MÉDICO:	
NOME DO AUTORIZADOR UNIDADE SOLICITANTE	
ASSINATURA DO AUTORIZADOR DA UNIDADE SOLICITANTE	DATA: _____ ASSINATURA: _____



ESTADO DO MARANHÃO
Secretaria de Estado da Saúde
HOSPITAL REGIONAL DE VIANA
Rodovia MA 014 s/nº Vila Zizi – Viana (MA)
(98) 3351-0777 / 3351-1938



FICHA DE REGISTRO DE ACIDENTES DE TRÂNSITO

MUNICÍPIO DE OCORRÊNCIA:	
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:	
NOME: _____ SEXO: <input type="checkbox"/> M IDADE: _____ <input type="checkbox"/> F	
DATA DO ACIDENTE ____/____/____	
UNIDADE DE SAÚDE: _____	
LOCAL DO ACIDENTE: _____	
RUA: _____ BAIRRO: _____	
HOUE ATENDIMENTO DOS ENVOLVIDOS? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
SE SIM, QUAL O PROCEDIMENTO? _____	
VÍTIMA FATAL	PEDESTRE <input type="checkbox"/> PASSAGEIRO DO VEICULO <input type="checkbox"/> MOTORISTA <input type="checkbox"/> IGNORADO <input type="checkbox"/>
VÍTIMA NÃO FATAL	PEDESTRE <input type="checkbox"/> PASSAGEIRO DO VEICULO <input type="checkbox"/> MOTORISTA <input type="checkbox"/> IGNORADO <input type="checkbox"/>
VEÍCULOS ENVOLVIDOS	MOTO <input type="checkbox"/> BICICLETA <input type="checkbox"/> AUTOMÓVEL <input type="checkbox"/> ÔNIBUS <input type="checkbox"/> CAMINHÃO <input type="checkbox"/> OUTROS <input type="checkbox"/> _____ IGNORADO <input type="checkbox"/>
TIPO DE ACIDENTE	COLISÃO <input type="checkbox"/> ABALROAMENTO <input type="checkbox"/> TOMBAMENTO <input type="checkbox"/> CHOQUE <input type="checkbox"/> ATROPELAMENTO <input type="checkbox"/> CAPOTAMENTO <input type="checkbox"/> OUTROS <input type="checkbox"/>
ACIDENTE DE TRABALHO	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SE SIM, EXPLIQUE: _____

OBSERVAÇÕES: _____

Assinatura



GOVERNO DO
MARANHÃO
GOVERNO DE TODOS NÓS

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE VIANA - MA



INVISIA
INSTITUTO VIDA E SAÚDE

POSTO A

SETOR DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA
MAPA DE CONTROLE DE DIETAS PACIENTES

LEITO / SIO	PACIENTE	DIETA	LEITO	PACIENTE	DIETA
ISOL.01		01 M3 98	Enf 08. 15		00 JCS1
ISOL.02		05 M3 9C	Enf 08. 16		00 JCS1
Enf 02. 03		05 M3 0A	Enf 09. 17		01 M3 9S
Enf 02. 04		15 M3 1A	Enf 09. 18		01 M3 9S
Enf 03. 05		15 M3 5A	Enf 10. 19		01 M3 1C
Enf 03. 06		05 M3 6A	Enf 10. 20		01 M3 9C
Enf 04. 07		05 M3 AA	Enf 11. 21		01 M3 9C
Enf 04. 08		05 M3 2A	Enf 11. 22		01 M3 9C
Enf 05. 09		05 M3 9A	Enf 12. 23		01 M3 9C
Enf 05. 10		05 M3 1A	Enf 12. 24		01 M3 9C
Enf 06. 11		05 M3 8A	Enf 13. 25		01 M3 9C
Enf 06. 12			Enf 13. 26		
Enf 07. 13			Enf 14. 27		
Enf 07. 14			Enf 15. 28		



GOVERNO DO
MARANHÃO
GOVERNO DE TODOS NÓS

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE VIANA - MA



INSTITUTO VIANA
INSTITUTO VIDA E SAÚDE

POSTO B

SETOR DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA
MAPA DE CONTROLE DE DIETAS PACIENTES

LEITO	PACIENTE	DIETA	LEITO	PACIENTE	DIETA
ISOL.03		80 h3 81	Enf 19. 38		10 h3 81
ISOL.03		80 h3 81	Enf 20. 39		80 h3 81
Enf 15. 29		80 h3 81	Enf 20. 40		80 h3 81
Enf 15. 30		80 h3 81	Enf 21. 41		80 h3 81
Enf 16 31		81 h3 81	Enf 21. 42		80 h3 80
Enf 16. 32		81 h3 85	Enf 22. 43		80 h3 80
Enf 17. 33		81 h3 85	Enf 22. 44		80 h3 80
Enf 17. 34		81 h3 85	Enf 23. 45		80 h3 80
Enf 18. 35		81 h3 85	Enf 23. 46		80 h3 80
Enf 18. 36		81 h3 85	Enf 24. 47		80 h3 81
Enf 19. 37		81 h3 85	Enf 24. 48		80 h3 81
SALA DE URGÊNCIA					
		81 h3 85			80 h3 81
		81 h3 85			80 h3 81
		81 h3 85			80 h3 81

FICHA DE ADMISSÃO NUTRICIONAL			
1. NOME:	2. DATA ADMISSÃO:		
3. ENF.: LEITO:	4. Nº PRONT.:	5. IDADE:	6. GÊNERO: () FEM () MAS
8. PROCEDÊNCIA:			
9. HISTÓRIA CLÍNICA:			
10. DIAGNÓSTICO CLÍNICO:			
11. HISTÓRIA SOCIAL: TABAGISTA: () SIM () NÃO		ETILISTA: () SIM () NÃO	
12. HISTÓRIA PATOLÓGICA PREGRESSA: () DM () HAS () GASTRITE () ALZHEIMER/PARKINSON () AVC PRÉVIO () OUTROS, especificar: _____ () NÃO			
13. AVALIAÇÃO RISCO NUTRICIONAL: Triagem Nutricional NRS-2002 – Nutritional Risk Screening () PERDA DE PESO RECENTE (últimos 3 meses) () IMC < 20 kg/m ² () REDUÇÃO DA INGESTÃO ALIMENTAR (últimos 7 dias) () ESTADO GRAVE, MAL ESTADO GERAL OU TERAPIA INTENSIVA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NUTRICIONAL: () C/ RISCO NUTRICIONAL () S/ RISCO NUTRICIONAL			
14. ALERGIA/ INTOLERÂNCIAS ALIMENTARES: () SIM () NÃO () INTOLERÂNCIA À LACTOSE () PROTEÍNA DO OVO () OUTROS, especificar: _____			
15. ANAMNESE ALIMENTAR:			
16. AVERSÃO ALIMENTAR: () SIM () NÃO Especificar: _____			
17. ATIVIDADE: () DEAMBULANTE () DEAMBULANTE/LIMITAÇÃO () ACAMADO			
18. NUTRIÇÃO: () JEJUM () VIA ORAL () NE/SNG () NE/SNE () NE/GTT () NE/JT () NPT			
19. AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA: PA: ALT: PE: AE: CB: AJ: CP: ICM: kg/m ²			
20. DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL:			
21. OXIGENAÇÃO: () AR AMBIENTE () VENTURE () CATETER NASAL () TOT + VM () TOT + VM () TOT + VM			
22. PRESENÇA DE UPP: () SIM () NÃO REGIAO: _____			
23. CONDUTA NUTRICIONAL:			



NOME: _____ IDADE: _____ DATA DE NASCIMENTO: _____/_____/_____

DIAGNÓSTICO: _____ ENFERMARIA: _____ LEITO: _____ Nº DE PRONTUÁRIO: _____ PESO: _____ ALTURA: _____ IMC: _____ Kg/m²

DATA	TRATAMENTO USADO DURANTE A INTERNAÇÃO	SINAIS E SINTOMAS APRESENTADOS	TIPOS DE DIETAS	FUNÇÃO INTESTINAL	ACEITAÇÃO ALIMENTAR	PATOLOGIAS	OBSERVAÇÕES
	ANTIBIÓTICO TERAPIA <input type="checkbox"/> SEM USO DE ANTIBIÓTICO <input type="checkbox"/> COM USO DE ANTIBIÓTICO <input type="checkbox"/> 7 DIAS <input type="checkbox"/> 10 DIAS <input type="checkbox"/> 14 DIAS <input type="checkbox"/> SEM DIAS NA PRESCRIÇÃO <input type="checkbox"/> PRÉ-CIRURGIA <input type="checkbox"/> PÓS-CIRURGIA <input type="checkbox"/> NÃO INFORMADO	<input type="checkbox"/> FALTA DE APETITE <input type="checkbox"/> VÔMITO <input type="checkbox"/> DOR ABDOMINAL <input type="checkbox"/> DISTENÇÃO <input type="checkbox"/> DOR LOCAL <input type="checkbox"/> VERTIGEM <input type="checkbox"/> NAUSEAS <input type="checkbox"/> CANSAÇO <input type="checkbox"/> FEBRE <input type="checkbox"/> EDEMA <input type="checkbox"/> DEPRIMIDO <input type="checkbox"/> OUTROS _____	<input type="checkbox"/> LIVRE <input type="checkbox"/> BRANDA <input type="checkbox"/> PASTOSA <input type="checkbox"/> LIQUIDIFICADA <input type="checkbox"/> LAXATIVA <input type="checkbox"/> CONSTIPANTE <input type="checkbox"/> HIPOGLICÍDICA <input type="checkbox"/> HIPOSSÓDICA <input type="checkbox"/> HIPERPROTEÍCA <input type="checkbox"/> HIPERCALÓRICA <input type="checkbox"/> SEM IRRITANTES <input type="checkbox"/> SEM LACTOSE <input type="checkbox"/> ZERO <input type="checkbox"/> ENTERAL <input type="checkbox"/> OUTROS _____	<input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> DIARREIA <input type="checkbox"/> CONSTIPADO <input type="checkbox"/> NÃO INFORMADO ESTADO GERAL <input type="checkbox"/> ESTÁVEL <input type="checkbox"/> GRAVÍSSIMO <input type="checkbox"/> GRAVE ESTÁVEL <input type="checkbox"/> GRAVE INSTÁVEL	<input type="checkbox"/> POUCA <input type="checkbox"/> RAZOÁVEL <input type="checkbox"/> BOA <input type="checkbox"/> MUITO BOA	<input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> AVE <input type="checkbox"/> IRA/IRC <input type="checkbox"/> ALZHEIMER/PARKINSON <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> PANCREATITE <input type="checkbox"/> OBESIDADE <input type="checkbox"/> DISLIPIDEMIA <input type="checkbox"/> DOENÇAS BILIARES <input type="checkbox"/> DESNUTRIÇÃO <input type="checkbox"/> ANEMIA (S) <input type="checkbox"/> PNEUMONIA <input type="checkbox"/> OUTROS _____	
	ANTIBIÓTICO TERAPIA <input type="checkbox"/> SEM USO DE ANTIBIÓTICO <input type="checkbox"/> COM USO DE ANTIBIÓTICO <input type="checkbox"/> 7 DIAS <input type="checkbox"/> 10 DIAS <input type="checkbox"/> 14 DIAS <input type="checkbox"/> SEM DIAS NA PRESCRIÇÃO <input type="checkbox"/> PRÉ-CIRURGIA <input type="checkbox"/> PÓS-CIRURGIA <input type="checkbox"/> NÃO INFORMADO	<input type="checkbox"/> FALTA DE APETITE <input type="checkbox"/> VÔMITO <input type="checkbox"/> DOR ABDOMINAL <input type="checkbox"/> DISTENÇÃO <input type="checkbox"/> DOR LOCAL <input type="checkbox"/> VERTIGEM <input type="checkbox"/> NAUSEAS <input type="checkbox"/> CANSAÇO <input type="checkbox"/> FEBRE <input type="checkbox"/> EDEMA <input type="checkbox"/> DEPRIMIDO <input type="checkbox"/> OUTROS _____	<input type="checkbox"/> LIVRE <input type="checkbox"/> BRANDA <input type="checkbox"/> PASTOSA <input type="checkbox"/> LIQUIDIFICADA <input type="checkbox"/> LAXATIVA <input type="checkbox"/> CONSTIPANTE <input type="checkbox"/> HIPOGLICÍDICA <input type="checkbox"/> HIPOSSÓDICA <input type="checkbox"/> HIPERPROTEÍCA <input type="checkbox"/> HIPERCALÓRICA <input type="checkbox"/> SEM IRRITANTES <input type="checkbox"/> SEM LACTOSE <input type="checkbox"/> ZERO <input type="checkbox"/> ENTERAL <input type="checkbox"/> OUTROS _____	<input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> DIARREIA <input type="checkbox"/> CONSTIPADO <input type="checkbox"/> NÃO INFORMADO	<input type="checkbox"/> POUCA <input type="checkbox"/> RAZOÁVEL <input type="checkbox"/> BOA <input type="checkbox"/> MUITO BOA	<input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> AVE <input type="checkbox"/> IRA/IRC <input type="checkbox"/> ALZHEIMER/PARKINSON <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> PANCREATITE <input type="checkbox"/> OBESIDADE <input type="checkbox"/> DISLIPIDEMIA <input type="checkbox"/> DOENÇAS BILIARES <input type="checkbox"/> DESNUTRIÇÃO <input type="checkbox"/> ANEMIA (S) <input type="checkbox"/> PNEUMONIA <input type="checkbox"/> OUTROS _____	
	ANTIBIÓTICO TERAPIA <input type="checkbox"/> SEM USO DE ANTIBIÓTICO <input type="checkbox"/> COM USO DE ANTIBIÓTICO <input type="checkbox"/> 7 DIAS <input type="checkbox"/> 10 DIAS <input type="checkbox"/> 14 DIAS <input type="checkbox"/> SEM DIAS NA PRESCRIÇÃO <input type="checkbox"/> PRÉ-CIRURGIA <input type="checkbox"/> PÓS-CIRURGIA <input type="checkbox"/> NÃO INFORMADO	<input type="checkbox"/> FALTA DE APETITE <input type="checkbox"/> VÔMITO <input type="checkbox"/> DOR ABDOMINAL <input type="checkbox"/> DISTENÇÃO <input type="checkbox"/> DOR LOCAL <input type="checkbox"/> VERTIGEM <input type="checkbox"/> NAUSEAS <input type="checkbox"/> CANSAÇO <input type="checkbox"/> FEBRE <input type="checkbox"/> EDEMA <input type="checkbox"/> DEPRIMIDO <input type="checkbox"/> OUTROS _____	<input type="checkbox"/> LIVRE <input type="checkbox"/> BRANDA <input type="checkbox"/> PASTOSA <input type="checkbox"/> LIQUIDIFICADA <input type="checkbox"/> LAXATIVA <input type="checkbox"/> CONSTIPANTE <input type="checkbox"/> HIPOGLICÍDICA <input type="checkbox"/> HIPOSSÓDICA <input type="checkbox"/> HIPERPROTEÍCA <input type="checkbox"/> HIPERCALÓRICA <input type="checkbox"/> SEM IRRITANTES <input type="checkbox"/> SEM LACTOSE <input type="checkbox"/> ZERO <input type="checkbox"/> ENTERAL <input type="checkbox"/> OUTROS _____	<input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> DIARREIA <input type="checkbox"/> CONSTIPADO <input type="checkbox"/> NÃO INFORMADO	<input type="checkbox"/> POUCA <input type="checkbox"/> RAZOÁVEL <input type="checkbox"/> BOA <input type="checkbox"/> MUITO BOA	<input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> AVE <input type="checkbox"/> IRA/IRC <input type="checkbox"/> ALZHEIMER/PARKINSON <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> PANCREATITE <input type="checkbox"/> OBESIDADE <input type="checkbox"/> DISLIPIDEMIA <input type="checkbox"/> DOENÇAS BILIARES <input type="checkbox"/> DESNUTRIÇÃO <input type="checkbox"/> ANEMIA (S) <input type="checkbox"/> PNEUMONIA <input type="checkbox"/> OUTROS _____	

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
CENTRAL INTERNA DE LEITO



FICHA DE SOLICITAÇÃO DE LEITO

UNIDADE SOLICITANTE	DATA	RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO
	HORA	TELEFONE

PACIENTE: Idade: _____ Data de Nascimento: ____/____/____
 Data de Admissão: ____/____/____ Enfermaria: _____ Letto: _____ Peso (se RN) _____ sexo: _____
 Mãe: _____ CNS: _____

INTERNAÇÃO ATUAL: UTI () Semi-UTI () Sala Vermelha () Sala Amarela () Enfermaria () Sala de Enfermagem ()
 LEITO SOLICITADO: UTI Adulto () UTI Pediátrica () UTI neonatal () Enfermaria () Clínica:

DIAGNÓSTICO: _____

ANAMNESE E EXAME FÍSICO: _____

ANTECEDENTES PESSOAIS: _____

PRINCIPAIS RESULTADOS DE INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA

Laboratoriais: _____

Ex. Imagem: _____

INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Gravidade: Gravíssimo () Muito Grave () Grave () Grave Porém Estável () Estável ()
 Sinais Vitais: PA ____ X ____ FC ____ FR ____ FEBRE: SIM () NÃO () GLASGOW: _____

SUPORTE DE 02: NÃO () SIM () TIPO: 02 EM CATETER NAZAL () 02 EM MÁSCARA () VNI () V. MECÂNICA ()
 SUPORTE HEMODINÂMICO: NÃO () SIM () TIPO: NORA () DOBU () DOPA () NIPRIDE () OUTRO: _____

INDICAÇÃO CIRÚRGICA: NÃO () SIM () CAUSA: _____

USO DE CATETER / DAI DE IMPLANTAÇÃO: SVD ____ / ____ CVP ____ / ____ SNG ____ / ____ OUTRO ____ / ____
 MEDICAÇÕES EM USO: 1 ____ (____ DIAS) 2 ____ (____ DIAS) 3 ____ (____ DIAS) 4 ____ (____ DIAS) 5 ____ (____ DIAS).

RESULTADOS DE CULTURAS: _____

EM ANDAMENTO SIM () NÃO ()
 PROVENIENTE DE UNIDADE HOSPITALAR: SIM () NÃO () RELATÓRIO DA CCIH: SIM () NÃO ()



ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM PRÉ-OPERATÓRIO DATA: ___/___/___

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

PACIENTE: _____		DN: ___/___/___	PRONTUÁRIO: _____
PROCEDÊNCIA: _____	LEITO: _____	HORA DA ADMISSÃO NO CC: ___:___ h.	
GRUPO SANGUÍNEO: _____	IDADE: _____	ALTURA: _____	PESO: _____ IMC: _____
CIRURGIA PROPOSTA: _____		CIRURGIÃO: _____	

CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

<input type="checkbox"/> CONSCIENTE	<input type="checkbox"/> ORIENTADO	<input type="checkbox"/> INCONSCIENTE	<input type="checkbox"/> DESORIENTADO	<input type="checkbox"/> AGITADO	<input type="checkbox"/> CONFUSO
<input type="checkbox"/> DEAMBULANDO	<input type="checkbox"/> CADEIRA DE RODAS	<input type="checkbox"/> EM MACA	<input type="checkbox"/> PLEGIA	_____	

ANTECEDENTES CLÍNICOS

ALERGIAS <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM, qual? _____	
COMORBIDADES:	<input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO <input type="checkbox"/> CARDIOPATIA
	<input type="checkbox"/> SEM COMORBIDADES <input type="checkbox"/> OUTRAS: _____
	MEDICAMENTOS DE USO CONTÍNUO: _____
CIRURGIA ANTERIOR <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM, qual? _____	
HÁBITOS DE VIDA: <input type="checkbox"/> NEGA <input type="checkbox"/> ETILISMO <input type="checkbox"/> TABAGISMO <input type="checkbox"/> DROGAS ILÍCITAS ÚLTIMO USO EM: / /	
ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS (OPME): <input type="checkbox"/> NÃO UTILIZA <input type="checkbox"/> DENTÁRIA <input type="checkbox"/> AUDITIVA <input type="checkbox"/> LENTE CONTATO <input type="checkbox"/> MMSS OU MMII	

CONFIRMAÇÕES NECESSÁRIAS

PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> IDENTIFICADO	RETIRADO ADORNOS, PRÓTESES E OUTROS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> N/A
TERMO DE AUTORIZAÇÃO E RESPONSABILIDADE <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	INTEGRIDADE DE PELE E MUCOSAS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
LATERALIDADE DEMARCADA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> DIREITO <input type="checkbox"/> ESQUERDO <input type="checkbox"/> N/A	AValiação PRÉ-ANESTÉSICA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
HORÁRIO DE INÍCIO DE JEJUM ___:___ h.	AValiação CARDIOLÓGICA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO

EXAMES RECEBIDOS E RESERVA DE HEMOCOMPONENTES

AValiação PRÉ-ANESTÉSICA: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	EXAMES LABORATORIAIS: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ULTRASSONOGRÁFIA	<input type="checkbox"/> RADIOGRAFIA
<input type="checkbox"/> RESSONÂNCIA	<input type="checkbox"/> TOMOGRAFIA
<input type="checkbox"/> OUTROS	<input type="checkbox"/> OUTROS
<input type="checkbox"/> RISCO CIRÚRGICO, especificar: _____	<input type="checkbox"/> OUTROS, especificar: _____
RESERVA DE HEMOCOMPONENTES <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM, <input type="checkbox"/> CONC. HEMACÉAS <input type="checkbox"/> PLAQUETAS <input type="checkbox"/> PLASMA	

PROCEDIMENTOS REALIZADOS (PREPARO)

<input type="checkbox"/> VENÓCLISE PÉRVIA	<input type="checkbox"/> INSTALAÇÃO DE VENÓCLISE, nº jelco: _____	LOCAL: _____	HORÁRIO: ___:___ h.
TRICOTOMIA <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM, instrumento: _____		LOCAL: _____	HORÁRIO: ___:___ h.
<input type="checkbox"/> VERIFICAÇÃO DE SSVV	FC: _____ bpm	PA: _____ / _____ mmHg	SpO2: _____ %
	FR: _____ irpm	Tax: _____ °C	DOR (0-10)
ANTIBIOTICOPROFILAXIA	MEDICAMENTO/DOSE: _____	HORÁRIO: ___:___ h.	DX: _____ mg/dL
	MEDICAMENTO/REDOSE: _____		HORÁRIO: ___:___ h.
	MEDICAMENTO/REDOSE: _____		HORÁRIO: ___:___ h.

RELATO DA ADMISSÃO NO CENTRO CIRÚRGICO.

--

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM SALA OPERATÓRIA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: _____	DN: ____/____/____
CIRURGIA PROPOSTA: _____ MEMBRO/LADO A SER OPERADO: DIREITO [] ESQUERDO [] N/A []	
HORA DA ADMISSÃO EM S.O: ____:____ H	

PROCEDIMENTO ANESTÉSICO

[] VERIFICAÇÃO DOS SSVV ANTES DA ANESTESIA	FC: bpm	PA: / mmHG	SpO ² : %
	FR: irpm	TAX: °C	DOR: (0-10): _____
ANESTESISTA: _____	INÍCIO: ____:____ H		LIBERAÇÃO SO: ____:____ H
[] GERAL [] BLOQ.PLEXO		[] SEDAÇÃO	
[] RAQUI [] PERIDURAL CONTÍNUA		[] BLOQUEIO BIER	
[] PERIDURAL [] LOCAL			

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

CIRURGIA REALIZADA: _____	
CIRURGIA - INÍCIO: ____:____ h.	CIRURGIA - TÉRMINO: ____:____ H
CIRURGIÃO: _____	AUXILIAR: _____
ENFERMEIRO: _____	INSTRUMENTADOR: _____
CIRCULANTE: _____	

POSICIONAMENTO CIRÚRGICO

<input type="checkbox"/> D. LATERAL DIREITO	<input type="checkbox"/> PROCLIVE	<input type="checkbox"/> TRENDELEMBURG	<input type="checkbox"/> SUPINA – D. DORSAL
<input type="checkbox"/> D. LATERAL ESQUERDO	<input type="checkbox"/> PRONA DECÚBITO VENTRAL	<input type="checkbox"/> LITOTÔMICA	<input type="checkbox"/> OUTRAS _____

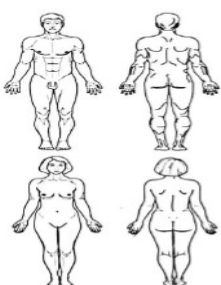
PREPARO DA PELE [] SIM [] NÃO SE APLICA

DEGERMAÇÃO: [] CLOREXIDINA ____% [] PVPI ____%	ANTISSEPSIA: CLOREX. AQUOSA ____% [] OUTRO: _____
--	--

EQUIPAMENTOS UTILIZADOS

<input type="checkbox"/> ASPIRADOR	<input type="checkbox"/> COLCHÃO	<input type="checkbox"/> TORRE DE VIDEO
<input type="checkbox"/> BISTURI ELÉTRICO: MONOPOLAR [] BIPOLAR []	<input type="checkbox"/> PNEUMÁTICO	<input type="checkbox"/> MONITOR MULTIPARAMÉTRICO
<input type="checkbox"/> BOMBA DE INFUSÃO	<input type="checkbox"/> COXINS	<input type="checkbox"/> PERFURADOR/ SERRA
<input type="checkbox"/> BOTA PNEUMÁTICA	<input type="checkbox"/> DESFIBRILADOR	<input type="checkbox"/> SCOPIA
<input type="checkbox"/> CAPNOGRÁFO	<input type="checkbox"/> DRILL	<input type="checkbox"/> ULTRASSOM
<input type="checkbox"/> GARROTE PNEUMÁTICO/ FAIXA DE SMARCH	<input type="checkbox"/> FOCO CIRÚRGICO	
PRESSÃO: _____mmHG DURAÇÃO: _____min		

MONITORIZAÇÃO (Utilizar marcação numérica no boneco).

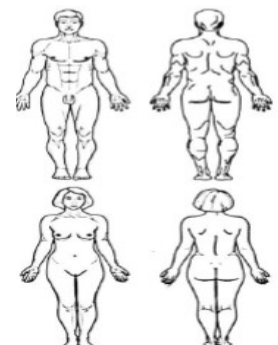


- ELETRÓDOS
- OXÍMETRO
- MANGUITO DE PA
- PLACA DE BISTURI [] N/A
- PLACA DE DESFIBRILADOR
- GARROTE PNEUMÁTICO/ SMARCH [] N/A

INÍCIO: ____:____ H FIM: ____:____ H

DISPOSITIVOS INSTALADOS

- VENÓCLISE, Nº: _____
- CVC
- SVD, Nº: _____
- TOT, Nº: _____
- SNG, Nº: _____
- DRENO TORÁCICO
- DRENO EM F.O
- FAIXA DE CONTENÇÃO
- CATÉTER TIPO ÓCULOS





IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: _____	DN: _____
-------------	-----------

SINAIS VITAIS

INCISÃO: ____:____ H	EXÉRESE: ____:____ H	SUTURA: ____:____ H
FC: bpm	FC: bpm	FC: bpm
PA: / mmHG	PA: / mmHG	PA: / mmHG
SPO ² : %	SPO ² : %	SPO ² : %
TAX: °C	TAX: °C	TAX: °C

LÍQUIDOS E MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS

[] SF 0,9% , qnt em ml:	MEDICAMENTO:	HORÁRIO: ____:____ H
[] RINGER, qnt em ml:	MEDICAMENTO:	HORÁRIO: ____:____ H
[] SORO GLICOSADO, qnt em ml:	MEDICAMENTO:	HORÁRIO: ____:____ H
[] SORO GLICOFISIOLÓGICO, qnt em ml:	MEDICAMENTO:	HORÁRIO: ____:____ H
[] SORO RINGER LACTATO	MEDICAMENTO:	HORÁRIO: ____:____ H

LÍQUIDOS DESPREZADOS EM SALA OPERATÓRIA

[] DRENOS, qnt em ml e aspecto: _____	[] SNG, qnt em ml e aspecto: _____
[] SVD, qnt em ml e aspecto: _____	[] OUTROS: _____

INFUSÃO DE HEMODERIVADOS

CONC. DE HEMÁCIAS [] PLASMA [] PLAQUETAS [] CRIO []	PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELA CHEGAGEM
[] N° DA BOLSA/ml:	
[] N° DA BOLSA/ ml	
[] N° DA BOLSA/ ml:	
[] N° DA BOLSA/ ml:	

PEÇA CIRURGICA

HISTOPATOLÓGICO []	CULTURA []	CONGELAÇÃO []	OUTROS []
---------------------	-------------	----------------	------------

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM



NOME: _____ DN: ____/____/____

**CONTROLE E REGISTRO DOS MATERIAIS ESTERILIZADOS E UTILIZADOS NO PROCESSAMENTO
(MATERIAIS ESTERILIZADOS (INTEGRADORES E INDICADORES DE ESTERILIZAÇÃO))**

IDENTIFICAÇÃO DO MATERIAL	DATA DO PROCESSAMENTO	INTEGRADOR

ANOTAÇÕES DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

TRANSFERÊNCIA

DESTINO: [] SRPA ; [] UNIDADE DE ORIGEM ; [] NECROTÉRIO	HORÁRIO DE SAÍDA DA S.O: _____:_____ H
--	--

_____ ASSINATURA / CARIMBO DO ENFERMEIRO	_____ ASSINATURA / CARIMBO DO TÉC. ENFERMAGEM
---	--



ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA

NOME: _____	DN: ____/____/____
CIRURGIA REALIZADA: _____	PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO INTEGRAL: [] SIM [] NÃO
HORA DA ADMISSÃO EM SRPA: ____:____ H	

MONITORIZAÇÃO DE SSVV

	ADMISSÃO	15min	30min	45min	1hora	1h30min
PA (mmHG)						
FC (bpm)						
SpO ² (%)						
TAX (° C)						
FR (irpm)						
DOR (0-10)						

TABELA PARA ESCALA DE ALDRETE E KROULIK

ATIVIDADE	0	INCAPAZ DE MOVER
	1	MOVE 2 MEMBROS
	2	MOVE 4 MEMBROS
RESPIRAÇÃO	0	APNÉIA
	1	DISPNÉIA, HIPOVENTILAÇÃO
	2	RESP. PROFUNDA, TOSSE
CONSCIÊNCIA	0	NÃO RESPONDE
	1	DESPERTO AO CHAMAR
	2	COMPLETAMENTE ACORDADO
CIRCULAÇÃO (PA)	0	PA: OU < 50% DO PRÉ-ANESTÉSICO
	1	PA < 20% OU 49% DO PRÉ-ANESTÉSICO
	2	PA NORMAL OU ATÉ 20% QUE O PRÉ-ANESTÉSICO
SATURAÇÃO (SpO²)	0	SpO ² < 90% MESMO COM O ² SUPLEMENTAR
	1	NECESSIDADE DE O ² PARA MANTER SpO ² 90%
	2	SpO ² < 90% RESP. EM AR AMBIENTE

MONITORIZAÇÃO DE ÍNDICE DE ALDRETE-KROULIK

	ADMISSÃO	30min	1hora	1h30min
ATIVIDADE				
RESPIRAÇÃO				
CONSCIÊNCIA				
CIRCULAÇÃO (PA)				
SATURAÇÃO (SpO ²)				
TOTAL				



NOME: _____ DN: ____/____/____

QUEIXAS

<input type="checkbox"/> NAÚSEAS	<input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA	<input type="checkbox"/> CEFALÉIA	<input type="checkbox"/> CALAFRIOS
<input type="checkbox"/> ÊMESE	<input type="checkbox"/> DISTENÇÃO ABDOMINAL	<input type="checkbox"/> SOLUÇO	<input type="checkbox"/> SEM QUEIXAS

LÍQUIDOS E MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS EM SRPA

<input type="checkbox"/> SF 0,9% , qnt em ml:	MEDICAMENTO:	HORÁRIO: ____:____H
<input type="checkbox"/> RINGER, qnt em ml:	MEDICAMENTO:	HORÁRIO: ____:____H
<input type="checkbox"/> SORO GLICOSADO, qnt em ml:	MEDICAMENTO:	HORÁRIO: ____:____H
<input type="checkbox"/> SORO GLICOFISIOLÓGICO, qnt em ml:	MEDICAMENTO:	HORÁRIO: ____:____H
<input type="checkbox"/> SORO RINGER LACTATO, qnt em ml:	MEDICAMENTO:	HORÁRIO: ____:____H

LÍQUIDOS DESPREZADOS EM SRPA

DRENOS, qnt em ml e aspecto:

SVD, qnt em ml e aspecto:

SNG, qnt em ml e aspecto:

ENCAMINHADO COM DISPOSITIVOS:

VENÓCLISE SNG SVD _____ SNE DRENO _____

CURATIVO _____ IMOBILIZADOR DE MMII CATETER PERIDURAL

CATETER DE O² BOLSA DE COLOSTOMIA

RELATO DE INTERCORRÊNCIAS EM SRPA

SEM INTERCORRÊNCIAS OBSERVADAS NA SRPA

ALTA DA SRPA

ASS/ CARIMBO ANESTESISTA: / HORÁRIO ____:____H	ASS/ CARIMBO DO ENF. e TÊC.: / HORÁRIO: ____:____H
--	--



ESTADO DO MARANHÃO
Secretaria de Estado da Saúde
HOSPITAL REGIONAL DE VIANA

Carrinho de emergência: () C () NC Lacre: _____
 Caixa de intubação: () C () NC caixa:
 De laringo: () C () NC
 Enfermeiro(a): SD _____
 Enfermeiro(a): SN _____



MAPA DIÁRIO DE ENFERMAGEM



UNIDADE:			DATA:
LEITO	ENF.: <input type="text"/> DADOS PRINCIPAIS	EXAMES/PEDÊNCIAS/OCORRÊNCIAS	MEDICAÇÕES/ DIETA
	NOME:		ATB/DIA:
	DIAGNÓSTICO:		DIETA:
ADM	IDADE:		CURATIVO:
	ALERGIAS:		
	LPP: () SIM () NÃO		
	CULTURAS/DATA:		
LEITO	ENF.: <input type="text"/> DADOS PRINCIPAIS	EXAMES/PEDÊNCIAS/OCORRÊNCIAS	MEDICAÇÕES/ DIETA
	NOME:		ATB/DIA:
	DIAGNÓSTICO:		DIETA:
ADM	IDADE:		CURATIVO:
	ALERGIAS:		
	LPP: () SIM () NÃO		
	CULTURAS/DATA:		
LEITO	ENF.: <input type="text"/> DADOS PRINCIPAIS	EXAMES/PEDÊNCIAS/OCORRÊNCIAS	MEDICAÇÕES/ DIETA
	NOME:		ATB/DIA:
	DIAGNÓSTICO:		DIETA:
ADM	IDADE:		CURATIVO:
	ALERGIAS:		
	LPP: () SIM () NÃO		
	CULTURAS/DATA:		



CONTROLE DE ÓBITOS



SECRETARIA DE
ESTADO DA SAÚDE



Nº	NOME COMPLETO	DATA DE NASCIMENTO	SEXO	LOCAL DE INTERNAÇÃO	DATA DA INTERNAÇÃO	DATA DO ÓBITO	CAUSA PROVÁVEL DO ÓBITO	MUNICÍPIO DE MORADIA DO PACIENTE	TIPO IMUNIZAÇÃO COVID-19	NÚMERO DE DOSES	DATA DA ÚLTIMA DOSE
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
21											
22											
23											
24											
25											
26											
27											
28											
29											
30											



SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR - CCIH			
NOME:	IDADE:	SEXO: () F () M	ADM:
DIAGNÓSTICO:			
INTERNAÇÃO ATUAL: () UTI () CLÍNICO () CIRÚRGICO			
FATORES DE RISCO: () DM () HAS () RENAL () CARDIOPATA () ALERGIAS () OUTROS			
PRECEDENTE:			
DADOS DA INFECÇÃO			
DATA DA INFECÇÃO:			
() SEPS	() ITU	() INFECÇÃO DE CORRENTE SANGÜINEA	
() SÍTIO CIRÚRGICO	() PELE TECIDO MOLES	() PNM	
CONTROLE DE DISPOSITIVOS		ANTIBIÓTICOS	
PROCEDIMENTOS	DATA INICIAL	TROCA	TROCA
CVC			
TOT / VM			
AVP			
SVD			
ACOMPANHAMENTO CCIH			
DATA:	HEMOCULTURA () NÃO COLETADO	RESULTADO:	UROCULTURA () NÃO COLETADO
DATA:	SWAB NASAL () NÃO COLETADO	RESULTADO:	SWAB RETAL () NÃO COLETADO

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL VIANA
RELATÓRIO TRANSFERÊNCIA
INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE - IRAS

NOME COMPLETO: _____		DATA:	
ACOMODAÇÃO: _____		LEITO: _____	
DATA DE NASCIMENTO: ___/___/____		IDADE: _____	
DIAGNÓSTICO PRIMÁRIO: _____		SEXO: () MASCULINO () FEMENINO	
MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA: () TRATAMENTO INEXISTENTE NO HOSPITAL () OUTROS _____			
DATA DA ADMISSÃO: ___/___/____			
PRESENÇA DE INFECÇÃO NA ADMISSÃO: () SIM () NÃO () QUAL: _____			
PROCEDÊNCIA: () DOMICÍLIO () HOME CARE () HOSPITAL () OUTROS _____			
MOTIVO DA INTERNAÇÃO: _____			
FAZ USO DE ALGUM DISPOSITIVO INVASIVO? () SIM () NÃO			
AVP() SIM () NÃO	DATA INICIO: ___/___/____	TÉRMINO: ___/___/____	
CVC() SIM () NÃO	DATA INICIO: ___/___/____	TÉRMINO: ___/___/____	
SVD() SIM () NÃO	DATA INICIO: ___/___/____	TÉRMINO: ___/___/____	
VM() SIM () NÃO	DATA INICIO: ___/___/____	TÉRMINO: ___/___/____	
OUTROS: _____	DATA INICIO: ___/___/____	TÉRMINO: ___/___/____	
REALIZOU PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS NOS ÚLTIMOS 30 DIAS? () SIM () NÃO			
ESPECIFICAR: _____			
UTILIZOU PROTESE? () SIM () NÃO			DATA: ___/___/____
REALIZOU CULTURAS: () SIM () NÃO			
DATA DA COLETA	MATERIAL	MICROORGANISMO ISOLADO	PERFIL DE RESISTÊNCIA AOS ANTIMICROBIANOS
ANTIMICROBIANO UTILIZADO NOS ÚLTIMOS 30 DIAS: () SIM () NÃO			
NOME: _____	INICIO: ___/___/____	TÉRMINO: ___/___/____	
NOME: _____	INICIO: ___/___/____	TÉRMINO: ___/___/____	
NOME: _____	INICIO: ___/___/____	TÉRMINO: ___/___/____	
PROFISSIONAL RESPONSÁVEL: _____			
<i>Carimbo e Assinatura</i>			
RECOMENDAÇÕES IMPORTANTES PARA O PREENCHIMENTO DESTES FORMULÁRIO:			
TODOS OS CAMPOS DEVEM SER PREENCHIDOS EM LETRA LEGÍVEL; SEM ABREVIACÕES, SEM RASURAS.			



HOSPITAL REGIONAL DR. ANTÔNIO HADADE



VISITANTE

Leito:

Data:



HOSPITAL REGIONAL DR. ANTÔNIO HADADE



ACOMPANHANTE

Nome:

Leito:

Data:



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DR. ANTÔNIO HADAIDE - HRV

AVALIAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA PARA DISFAGIA

Enfermaria adulto: ()	Enfermaria pediátrica ()	UTI ()	Leito: <input type="text"/>	Prontuário: <input type="text"/>
------------------------	---------------------------	---------	-----------------------------	----------------------------------

IDENTIFICAÇÃO

Nome:		
Nome social:		
Data de Nascimento: ___/___/___	Idade:	Sexo: () M () F
Profissão:		
Procedência:		
Diagnóstico:		
Comorbidades: () Nega () HAS () DM () AVE () Cardiopatia () Neoplasia () Doença Mental () Outros: _____		
Queixa / Motivo:		

HISTÓRIA CLÍNICA

1.Contato:	Sonolento	Negligente	Cooperativo			
2.Neurológico:	Escala de Glasgow:		Escala de Ramsay:			
3.Memória:	Alterada	Parcialmente preservada	Preservada			
4.Discurso Oral:	Alterado	Confuso	Descontextualizando	Coerente	Ausente	
5.Linguagem:	Afasia Global		Afasia Emissiva	Afasia Receptiva	Preservada	
6.Fala:	Ininteligível		Disartrofonía	Inteligível		
7.Voz:	Molhada		Disfonia	Boa Qualidade Vocal		
8.Audição:	Com Dificuldade		Dificuldade parcial	Sem dificuldade		
9.Dentição:	Completa		Incompleta			
10.Cavidade Oral:	Lesões		Saburra	Acumulo de saliva	Ressecada	Normal
11.Higienização:	BEG	REG	MEG Realizada quantas vezes por dia?			
12.Via de Alimentação	SNE	SNG	GTT	Jejunostomia	VO	
13.Condição Pulmonar:	Sem complicações		Com complicações-Qual?			

14.Estruturas da Dinâmica de deglutição:

Mobilidade e Motricidade:

- | | | | | | | |
|---------------|--------------------------|----------|--------------------------|-----------|--------------------------|--------------|
| • Língua | <input type="checkbox"/> | Adequada | <input type="checkbox"/> | Diminuída | <input type="checkbox"/> | Incoordenada |
| • Lábios | <input type="checkbox"/> | Adequada | <input type="checkbox"/> | Diminuída | <input type="checkbox"/> | Incoordenada |
| • Bochechas | <input type="checkbox"/> | Adequada | <input type="checkbox"/> | Diminuída | <input type="checkbox"/> | Incoordenada |
| • Palato Mole | <input type="checkbox"/> | Adequada | <input type="checkbox"/> | Diminuída | <input type="checkbox"/> | Ausente |



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DR. ANTÔNIO HADADE - HRV

15. Dinâmica da deglutição

Consistência (s) Testada (s):

Captura do Utensílio:	Vedamento labial:	Movimentação do bolo:	
Elevação laríngea:	Diminuída	Preservada	
Engasgos:	Ausente	Presente – Em que consistência (s)?	
Engasgos foi seguido de tosse reflexa após penetração laríngea?			
Ausulta cervical:	Sinal penetração laríngea	Alteração sem sinal de penetração laríngea	Normal
Trânsito orofaríngeo:	Latência aumentada	Latência diminuída	Normal
Apresentou resíduo alimentar em cavidade oral após deglutição?			
Manteve qualidade vocal após deglutição?	Sim	Não	
Apresentou fadiga após a deglutição?	Sim	Não	

16. Função Respiratória:

() Ar ambiente () VM () IOT () TQT () CN02 () MNZ () Cuff desinsuflado () Ocluída

Extubação: Sim Não / Dias de extubação:

() Tosse voluntária () Tosse produtiva () Tosse seca () Pagarro

Condição Oral: Boa Regular Ruim

DIAGNÓSTICO FONOAUDIOLÓGICO

Classificação da Disfagia:

() Deglutição Normal () Deglutição Funcional () Disfagia leve () Disfagia Moderada () Disfagia severa

Definição de Conduta da Alimentação:

() Dieta via Alternativa de alimentação () Introduzir dieta via oral – Assistido? () Sim () Não

() Mudar consistência de oferta VO () Manter dieta e via de alimentação observada na avaliação

Conduta: () Fonoterapia indireta () Fonoterapia direta () VO assistida () VO () Alta fono

DATA: ___ / ___ / ___

Fonoaudiólogo (a)

Assinatura/Carimbo



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DR. ANTÔNIO HADADE - HRV
ADMISSÃO DE PSICOLOGIA

SETOR DA ADMISSÃO	() ENFERMARIA		() UTI	LEITO: <input type="text"/>	DATA: __/__/__
-------------------	----------------	--	---------	-----------------------------	----------------

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
NOME:					
IDADE:		DATA DE NASCIMENTO: __/__/__	ESTADO CIVIL:		
ENDEREÇO:					
CIDADE:		NATURALIDADE:	RELIGIÃO:		
PROFISSÃO / OCUPAÇÃO:			FILHOS:		
COMORBIDADES:		() Neoplasia () HAS () DM () Cardiopatia () Reumatismos () AVC () Outros			
HÁBITOS		() Etilismo () Tabagismo () Sedentário () pratica esportes / caminhada			

CONSCIÊNCIA / MEMÓRIA	Nível de consciência: () Vigil () Orientado () Desorientado () Sedado				
	Memória prejudicada: () Sim () Não () Demência senil () Alzheimer				

HISTÓRICO DA DOENÇA / ADOECIMENTO

HISTÓRICO DO ADOECIMENTO PSÍQUICO

DESCRIÇÃO DO ESTADO EMOCIONAL GERAL DO PACIENTE

HISTÓRICO DO ESTADO EMOCIONAL GERAL DO FAMILIAR

CONDUTA

Assinatura/Carimbo

PRONTUÁRIO DE ADMISSÃO HOSPITALAR

Número: _____

Nome: _____ Sexo: _____ Idade: _____

Endereço Município: _____ Distrito: _____ Zona: _____

Data Admissão: ____/____/____ Hora: _____ Encaminhado da Área _____ G. Alvo: _____

- | | | |
|--|--|--|
| 1 <input type="checkbox"/> Mesma Unidade | 1.1 <input type="checkbox"/> Ambulatório | 1.2 <input type="checkbox"/> Outro Clínico do mesmo Hospital |
| 2 <input type="checkbox"/> Outra Unidade | 2.1 <input type="checkbox"/> Ambulatório | 2.2 <input type="checkbox"/> Hospitalar |
| 3 <input type="checkbox"/> Entrada de Emergência | 3.1 <input type="checkbox"/> Acidentado | 3.2 <input type="checkbox"/> Outro |

Data Nascimento: ____/____/____ Naturalidade: _____ Est. Civil: _____ Grau de Instrução: _____

Peso Kg: _____ Altura em: _____ Estado nutricional: _____

Ocupação: _____ Instituição Previdenciária Segurado Dependente Outros

Filiação Pai: _____ Mãe: _____

Nome do responsável: _____ Vínculo de Parentesco: _____

Denominação e Endereço do Trabalho: _____

Antecedentes Clínicos: _____

Antecedentes Clínicos Familiares: _____

HISTÓRIA CLÍNICA

Imediato conciso sobre doença atual: _____

Nome Clínico: _____

Diagnóstico de Admissão: _____

Data de Diagnóstico: ____/____/____

Clínica: _____ Assinatura do Médico que o Paciente: _____



ESTADO DO MARANHÃO
 Secretaria de Estado da Saúde
HOSPITAL REGIONAL DE VIANA
 Rodovia MA 014 s/nº SANTA EULALIA – Viana (MA)
 (98) 3351-0777 / 3351-1938

REGISTRO DE CONTROLE BIOLÓGICOS

DATA: ___/___/___ HORA: _____		DATA: ___/___/___ HORA: _____	
TESTE	CONTROLE	TESTE	CONTROLE
ETIQUETA	ETIQUETA	ETIQUETA	ETIQUETA

NEGATIVO (ROXO)	POSITIVO (AMARELO)	NEGATIVO (ROXO)	POSITIVO (AMARELO)
POSITIVO (AMARELO)	NEGATIVO (ROXO)	POSITIVO (AMARELO)	NEGATIVO (ROXO)

RESULTADO	RESULTADO
APROVADO[] REPROVADO []	APROVADO[] REPROVADO []
ASSINATURA: _____	ASSINATURA: _____
OBS:	OBS:

DATA: ___/___/___ HORA: _____		DATA: ___/___/___ HORA: _____	
TESTE	CONTROLE	TESTE	CONTROLE
ETIQUETA	ETIQUETA	ETIQUETA	ETIQUETA

NEGATIVO (ROXO)	POSITIVO (AMARELO)	NEGATIVO (ROXO)	POSITIVO (AMARELO)
POSITIVO (AMARELO)	NEGATIVO (ROXO)	POSITIVO (AMARELO)	NEGATIVO (ROXO)

RESULTADO	RESULTADO
APROVADO[] REPROVADO []	APROVADO[] REPROVADO []
ASSINATURA: _____	ASSINATURA: _____
OBS:	OBS:

NOME DO PACIENTE:

NOME DA CIRURGIA:

DATA: HORÁRIO DE DISPENSAÇÃO:

OPME: NÃO () SIM () QUAL E QUANTIDADE:

ASS. COLABORADOR DO CME:

ASS. COLABORADOR DO CENTRO CIRÚRGICO:

INTEM	MATERIAIS	QUANT.	DEVOLUÇÃO
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			

NOME DO PACIENTE:

NOME DA CIRURGIA:

DATA: HORÁRIO DE DISPENSAÇÃO:

OPME: NÃO () SIM () QUAL E QUANTIDADE:

ASS. COLABORADOR DO CME:

ASS. COLABORADOR DO CENTRO CIRÚRGICO:

INTEM	MATERIAIS	QUANT.	DEVOLUÇÃO
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			

