

ATO CONVOCATÓRIO

COTAÇÃO Nº 0139/2025

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 **21/02/2025 a 26/02/2025**, 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 demanda anual do Hospital Geral de Monção, 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 **21/02/2025 a 26/02/2025**.

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, no horário das 08h às 17h, dentro do período para envio das propostas.

6.1. Qualquer modificação introduzida no edital no mesmo período, será publicada no site oficial do **INVISA** no endereço eletrônico <http://invisa.org.br>.

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.

7.2. No preço ofertado deverão estar inclusos todos os insumos que o compõem, tais como as despesas com impostos, taxas, descontos, e quaisquer outros que incidam direta ou indiretamente na execução do objeto deste

Ato Convocatório.

7.3. Serão considerados inadequados e desta forma desclassificados os preços simbólicos, irrisórios, de valor zero ou incompatíveis (excessivos) com os praticados no mercado e com distorções significativas.

7.5. O preço será fixo e irrevogável durante o período de fornecimento.

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

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**.

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.

9.4. Na ocorrência de rejeição da nota fiscal, motivada por erros ou incorreções, o prazo estipulado no item 10 passará a ser contado a partir da data da sua reapresentação.

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 Geral de Monção**, localizado na Rua da Jaqueira, nº 118, Centro, Monção/MA - CEP: 65360-000, devendo para tanto a **CONTRATADA** realizar agendamento para entrega através do telefone: (98) 98865-6596.

12. A quantidade a ser entregue no hospital consta na plataforma de compras.

12.1. A quantidade solicitada foi estimada de acordo com as necessidades da **CONTRATANTE**, desta forma **os pedidos mensais podem sofrer variação de acordo com a demanda**. Poderão ser feitas solicitações complementares ou diminuição na quantidade dos itens solicitados para o fornecedor fazer as devidas entregas.

12.2. 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.

13. Recebida a OF – Ordem de Fornecimento, a **CONTRATADA** deverá enviar através do e-mail compras.ma@invisa.org.br o cronograma de sua entrega.

14. Os itens, objeto deste edital, deverão atender às exigências mínimas de qualidade, observados os padrões e normas baixadas pelos órgãos competentes de controle de qualidade industrial – ABNT, INMETRO, etc., atentando-se o proponente, principalmente, para as prescrições contidas no art. 39, inciso VIII, da Lei Federal n.º 8.078/90, que instituiu o Código de Defesa do Consumidor – CDC.

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 das normas da ABNT e do INMETRO, atendendo aos seguintes critérios:

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

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, válidos na data do envio da proposta:

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) Certidões negativas de débitos Estaduais e da Dívida Ativa em conjunto ou separadamente, conforme

exigência dos Estados, válidas na data da proposta;

- 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.

19. 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.

20. Após análise das propostas, será declarado vencedor o fornecedor que tenha ofertado o menor preço **GLOBAL**.

21. 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.

22. Todas as especificações do objeto contidas na proposta, tais como marca, modelo, tipo, fabricante e procedência, vinculam a **CONTRATADA**.

23. Havendo eventual empate entre propostas o setor de compras do **INSTITUTO VIDA E SAÚDE - INVISA** considera a primeira proposta enviada pela Plataforma.

24. As empresas proponentes deverão acompanhar o resultado do certame diretamente na plataforma de compras do **INVISA**.

25. 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.

26. 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**.

27. Ao realizar a confirmação a proponente vencedora deverá anexar o contrato assinado na plataforma, sob pena de decair do direito à contratação.

28. As solicitações pelo setor de compras deverão ser respondidas em até 24 (vinte e quatro) horas.

29. Em qualquer fase do certame o setor de compras, poderá solicitar diligência destinada a esclarecer ou a complementar a instrução do processo.

30. 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.

31. Durante o fornecimento, a fiscalização será exercida por um representante da **CONTRATANTE**, ao qual competirá registrar em relatório todas as ocorrências e as deficiências verificadas e dirimir as dúvidas que surgirem no curso da execução contratual.

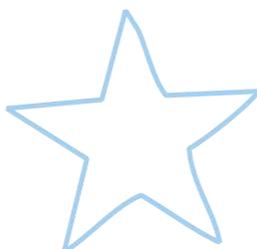
32. O contrato é acessório ao principal (**CONTRATO DE GESTÃO nº 004/2018**) e futuros aditivos, que foram(em) realizados entre o **INSTITUTO VIDA E SAÚDE - INVISA** e o Secretaria de Saúde do Estado do Maranhão. Assim, se aquele contrato for rescindido por qualquer motivo e a qualquer tempo, este também se rescindirã ao mesmo tempo e de maneira automática e instantânea, sem que haja a necessidade de nenhuma comunicação formal neste sentido por nenhuma das partes, hipótese em que não ensejarã nenhuma multa ou indenização, a nenhum título e sob nenhuma rubrica.

33. 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, 21 de fevereiro de 2025.

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

anos



TERMO DE REFERÊNCIA

1. Quantidade estimada e especificações

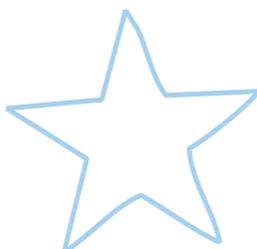
ITEM	CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	UNIDADE	QUANT ESTIMADA
1	004411	TERMO DE CONSENTIMENTO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	24
2	010926	ADESIVO LIXO COMUM - 2 ADESIVOS POR FOLHA, TAMANHO A4	UNIDADE	100
3	010927	ADESIVO LIXO INFECTANTE - 2 ADESIVOS POR FOLHA, TAMANHO A4	UNIDADE	100
4	010814	ADMISSÃO HOSPITALAR - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	24
5	010815	ADMISSÃO PSICOLÓGICA - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	12
6	010925	ADMISSÃO UCI FISIOTERAPIA - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	12
7	010816	ANOTAÇÃO TÉCNICO DE ENFERMAGEM - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	240
8	010817	ATESTADO MÉDICO - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	12
9	010818	BALANÇO HÍDRICO - UCI - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	12
10	010819	BANDEJA DE RAQUI - BLOCO/100 ETIQUETAS/A4	UNIDADE	12
11	010820	BANDEJA DE SUBCLÁVIA - BLOCO/100 ETIQUETAS/A4	UNIDADE	12
12	008015	BLOCO FICHA DE REGISTRO DE ACIDENTES DE TRÂNSITO BRANCO/AZUL 100X1	UNIDADE	5
13	004505	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, ANATOMOPATOLOGICO	BLOCO	5
14	010821	BOLETIM DE PRODUÇÃO CLASSIFICAÇÃO DE RISCO - LIVRO/70 PÁGINAS	UNIDADE	12
15	010822	BOLETIM DE PRODUÇÃO MEDICAÇÃO - LIVRO/70 PÁGINAS FRENTE E VERSO	UNIDADE	12
16	010823	BUNDLE DE CATETER VESICAL DE DEMORA - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	12
17	010824	BUNDLE DE PAV - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	2
18	010825	CAIXA DE CURETAGEM - BLOCO/100 ETIQUETAS/A4	UNIDADE	12
19	010826	CAIXA DE HISTERECTOMIA - BLOCO/100 ETIQUETAS/A4	UNIDADE	12
20	010827	CAIXA DE INSTRUMENTAL ORTOPEDICO GRANDE - BLOCO/100 ETIQUETAS/A4	UNIDADE	12
21	010828	CAIXA DE INSTRUMENTAL ORTOPEDICO PEQUENO - BLOCO/100 ETIQUETAS/A4	UNIDADE	12
22	010829	CAIXA DE LAPAROTOMIA - BLOCO/100 ETIQUETAS/A4	UNIDADE	12
23	010830	CAIXA DE MÉDIA CIRURGIA - BLOCO/100 ETIQUETAS/A4	UNIDADE	12
24	010831	CAIXA DE PEQUENAS CIRUGIAS - BLOCO/100 ETIQUETAS/A4	UNIDADE	12
25	010832	CAIXA DE SUTURA - BLOCO/100 ETIQUETAS/A4	UNIDADE	12
26	010833	CAIXA ORTOPEDICA DE GRANDES FRAGMENTOS - BLOCO/100 ETIQUETAS/A4	UNIDADE	12
27	010834	CAIXA ORTOPEDICA DE PEQUENOS FRAGMENTOS - BLOCO/100 ETIQUETAS/A4	UNIDADE	12
28	010835	CHECK LIST CIRURGIA SEGURA - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	24
29	010836	CHECKLIST CME - LIVRO/70 PÁGINAS FRENTE E VERSO	UNIDADE	12
30	010837	CHECKLIST CVC - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	1
31	010838	CHEKIN PSICOTRÓPICOS - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	12
32	010839	CHEKLIST PRÉ-OPERATÓRIO - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	24
33	010840	CONTROLE DE MEDICAMENTOS DAS ALAS - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	48

34	010841	DECLARAÇÃO DE ACOMPANHANTE SERVIÇO SOCIAL - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	24
35	010842	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM NANDA - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	24
36	010843	DIMENSIONAMENTO DIÁRIO TEC ENFERMAGEM - LIVRO/70 PÁGINAS FRENTE E VERSO	UNIDADE	12
37	010844	ENTREVISTA SOCIAL - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	24
38	010399	ETIQUETA ÁLCOOL 70% - 60 ETIQUETAS ADESIVAS POR FOLHA/A4	UNIDADE	12
39	010845	ETIQUETA BANDEJA DE RN - BLOCO/100 ETIQUETAS/A4	UNIDADE	12
40	010846	ETIQUETA FIO DE KIRSCHNER - BLOCO/100 ETIQUETAS	UNIDADE	12
41	010847	ETIQUETA FIO DE STEINMANN - BLOCO/100 ETIQUETAS	UNIDADE	12
42	010848	ETIQUETA PERFURADORES - BLOCO/100 ETIQUETAS	UNIDADE	12
43	010849	ETIQUETA RICARDÃO - BLOCO/100 ETIQUETAS	UNIDADE	12
44	010850	ETIQUETA RICARDINHO - BLOCO/100 ETIQUETAS	UNIDADE	12
45	010851	ETIQUETA SONDA VESICAL DE DEMORA - BLOCO/100 ETIQUETAS/A4	UNIDADE	12
46	010852	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	240
47	010853	EVOLUÇÃO FISIOTERAPIA ENFERMARIA - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	12
48	010854	EVOLUÇÃO NUTRIÇÃO - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	48
49	010855	EVOLUÇÃO PSICOLOGIA - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	12
50	010856	EVOLUÇÃO SOCIAL - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	24
51	010858	FICHA DE ADMISSÃO NUTRICIONAL - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	48
52	010859	FICHA DE ANESTESIA - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	20
53	010860	FICHA DE CURATIVO INFECTADO - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	6
54	010861	FICHA DE NOTIFICAÇÃO ACIDENTES POR ANIMAIS PEÇONHENTOS - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	1
55	010857	FICHA DE NOTIFICAÇÃO ATENDIMENTO ANTI-RÁBICO HUMANO - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	1
56	010862	FICHA DE NOTIFICAÇÃO DENGUE E FEBRE DE CHIKUNGUNYA - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	1
57	010863	FICHA EVOLUÇÃO MÉDICA - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	30
58	010864	FILTRO DIGITAÇÃO - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	24
59	010865	GASTO DE MATERIAL E MEDICAMENTOS - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	120
60	010866	HISTÓRICO DE ENFERMAGEM SAE - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	24
61	010867	JUSTIFICATIVA - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	10
62	010868	KIT DE CURATIVO - BLOCO/100 ETIQUETAS /A4	UNIDADE	12
63	004563	LAUDO MÉDICO P/ PROCEDIMENTO DE ALTA COMPLEXIDADE (APAC), MONOCROMÁTICO A4	BLOCO	5
64	004283	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL APAC, 29,7X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	5
65	010869	LAUDO SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	26
66	010870	MAPA ALA A COPEIRAS - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	12
67	010871	MAPA ALA A NUTRIÇÃO - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	12
68	010872	MAPA ALA B COPEIRAS - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	12
69	010873	MAPA ALA B NUTRIÇÃO - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	12
70	010874	MAPA DE PRODUÇÃO - SERVIÇO SOCIAL - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	12
71	010875	MAPA DE PSICOTRÓPICOS - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	4
72	010876	MAPA FISIOTERAPIA - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	12
73	010877	PASSAGEM DE PLANTÃO ENFERMAGEM - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	60

74	010878	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	24
75	010879	PRESCRIÇÃO MÉDICA - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	100
76	010880	PROTOCOLO DE CLASSIFICAÇÃO SANGUÍNEA - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	12
77	010919	PULSEIRA ACOMPANHANTE UCI (PRATA) - MATERIAL PAPEL IMPERMEÁVEL.	UNIDADE	6000
78	010912	PULSEIRA ALERGIA (VERMELHA) - MATERIAL PAPEL IMPERMEÁVEL.	UNIDADE	2500
79	010914	PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO (BRANCA) - MATERIAL PAPEL IMPERMEÁVEL	UNIDADE	5000
80	010915	PULSEIRA DE RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO (CINZA) - MATERIAL PAPEL IMPERMEÁVEL	UNIDADE	300
81	010916	PULSEIRA DE RISCO DE QUEDA (AMARELA) - MATERIAL PAPEL IMPERMEÁVEL	UNIDADE	5000
82	010917	PULSEIRA ISOLAMENTO (LARANJA) - MATERIAL PAPEL IMPERMEÁVEL	UNIDADE	300
83	010918	PULSEIRA LESÃO POR PRESSÃO (VERDE) - MATERIAL PAPEL IMPERMEÁVEL	UNIDADE	2500
84	010881	RECEITUÁRIO - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	300
85	010882	RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	48
86	010883	RECEITUÁRIO PSICOLOGIA - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	5
87	010885	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM - LIVRO/140 PÁGINAS FRENTE E VERSO	UNIDADE	36
88	010886	RELATÓRIO DE FISIOTERAPIA ALAS A E B - LIVRO/70 PÁGINAS FRENTE E VERSO	UNIDADE	12
89	010887	RELATÓRIO DE FISIOTERAPIA UCI - LIVRO/70 PÁGINAS FRENTE E VERSO	UNIDADE	12
90	010888	RELATÓRIO DE OPERAÇÃO - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	12
91	010889	RELATÓRIO DE TRANSFUSÃO - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	12
92	010891	RELATÓRIO DIÁRIO - SERVIÇO SOCIAL - LIVRO/70 PÁGINAS	UNIDADE	12
93	010890	RELATÓRIO DIÁRIO PSICOLOGIA - LIVRO/70 PÁGINAS	UNIDADE	12
94	010892	RELATÓRIO ENFERMAGEM CME - LIVRO/70 PÁGINAS FRENTE E VERSO	UNIDADE	12
95	010884	RELATÓRIO ENFERMEIRO CC - LIVRO/70 PÁGINAS	UNIDADE	12
96	010928	RELATÓRIO NIR - LIVRO/70 PÁGINAS, FRENTE E VERSO	UNIDADE	12
97	010893	RELATÓRIO TÉCNICO DE ENFERMAGEM ALAS - LIVRO/70 PÁGINAS FRENTE E VERSO	UNIDADE	12
98	010894	RELATÓRIO TÉCNICO DE ENFERMAGEM CC - LIVRO/70 PÁGINAS FRENTE E VERSO	UNIDADE	12
99	010895	RELATÓRIO TÉCNICO DE ENFERMAGEM CME ÁREA SUJA - LIVRO/70 PÁGINAS	UNIDADE	12
100	010896	RELATÓRIO TÉCNICO DE ENFERMAGEM CME ARSENAL - LIVRO/70 PÁGINAS	UNIDADE	12
101	010897	RELATÓRIO TÉCNICO DE ENFERMAGEM CME CICLO AUTOCLAVE - LIVRO/70 PÁGINAS	UNIDADE	12
102	010898	RELATÓRIO TÉCNICO DE ENFERMAGEM CME PREPARO - LIVRO/70 PÁGINAS	UNIDADE	12
103	010899	RELATÓRIO TÉCNICO DE ENFERMAGEM MEDICAÇÃO - LIVRO/70 PÁGINAS FRENTE E VERSO	UNIDADE	12
104	010900	RELATÓRIO TÉCNICO DE ENFERMAGEM SOCORRISTA - LIVRO/70 PÁGINAS FRENTE E VERSO	UNIDADE	12
105	010901	RELATÓRIO TÉCNICO DE ENFERMAGEM UCI - LIVRO/70 PÁGINAS FRENTE E VERSO	UNIDADE	12
106	010902	REQUISICÃO DE EXAMES - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	200

107	010903	REQUISIÇÃO DE MATERIAL - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	25
108	010904	RESUMO DE ALTA - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	50
109	010905	SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONTES - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	12
110	010906	SOLICITAÇÃO DE SANGUE PARA PACIENTES - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	12
111	010907	SOLICITAÇÃO DE TOMOGRAFIA - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	5
112	010908	TERMO DE TROCA DE PLANTÃO - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	12
113	010909	TESTE PRÉ-TRANSFUSIONAL - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	12
114	010910	VISITA DIÁRIA CCIH - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	5
115	010911	VISITA DIÁRIA DA ENFERMAGEM ALAS - LIVRO/70 PÁGINAS FRENTE E VERSO	UNIDADE	24

anos



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 nº. 05.997.585/0008-56, com endereço na Rua dos Guariatans, 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 nº. 110.695.987-3, doravante denominado **CONTRATANTE**, e de outro lado **XXXXXX**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob nº. **XXXXX**, situada **XXXXXX**, neste ato representada por seu sócio **XXXXXX**, brasileiro, solteiro, inscrito no CPF sob o nº. **XXXXXX**, portador da Carteira de Identidade nº. **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

1.1. O objeto deste contrato é o **FORNECIMENTO DE MATERIAIS GRÁFICOS PARA SUPRIR AS NECESSIDADES DO HOSPITAL GERAL DE MONÇÃO, PELO PERÍODO DE 12 (DOZE) MESES**, sob gestão do **INVISA** através do Contrato de Gestão nº 04/2018/SES, celebrado com a Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão, de acordo com as especificações e quantidades descritas no quadro abaixo:

ITEM	CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	UNIDADE	QUANT ESTIMADA
1	004411	TERMO DE CONSENTIMENTO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	24
2	010926	ADESIVO LIXO COMUM - 2 ADESIVOS POR FOLHA, TAMANHO A4	UNIDADE	100
3	010927	ADESIVO LIXO INFECTANTE - 2 ADESIVOS POR FOLHA, TAMANHO A4	UNIDADE	100
4	010814	ADMISSÃO HOSPITALAR - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	24
5	010815	ADMISSÃO PSICOLÓGICA - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	12
6	010925	ADMISSÃO UCI FISIOTERAPIA - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	12
7	010816	ANOTAÇÃO TÉCNICO DE ENFERMAGEM - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	240
8	010817	ATESTADO MÉDICO - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	12
9	010818	BALANÇO HÍDRICO - UCI - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	12
10	010819	BANDEJA DE RAQUI - BLOCO/100 ETIQUETAS/A4	UNIDADE	12
11	010820	BANDEJA DE SUBCLÁVIA - BLOCO/100 ETIQUETAS/A4	UNIDADE	12

12	008015	BLOCO FICHA DE REGISTRO DE ACIDENTES DE TRÂNSITO BRANCO/AZUL 100X1	UNIDADE	5
13	004505	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, ANATOMOPATOLOGICO	BLOCO	5
14	010821	BOLETIM DE PRODUÇÃO CLASSIFICAÇÃO DE RISCO - LIVRO/70 PÁGINAS	UNIDADE	12
15	010822	BOLETIM DE PRODUÇÃO MEDICAÇÃO - LIVRO/70 PÁGINAS FRENTE E VERSO	UNIDADE	12
16	010823	BUNDLE DE CATETER VESICAL DE DEMORA - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	12
17	010824	BUNDLE DE PAV - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	2
18	010825	CAIXA DE CURETAGEM - BLOCO/100 ETIQUETAS/A4	UNIDADE	12
19	010826	CAIXA DE HISTERECTOMIA - BLOCO/100 ETIQUETAS/A4	UNIDADE	12
20	010827	CAIXA DE INSTRUMENTAL ORTOPEDICO GRANDE - BLOCO/100 ETIQUETAS/A4	UNIDADE	12
21	010828	CAIXA DE INSTRUMENTAL ORTOPEDICO PEQUENO - BLOCO/100 ETIQUETAS/A4	UNIDADE	12
22	010829	CAIXA DE LAPAROTOMIA - BLOCO/100 ETIQUETAS/A4	UNIDADE	12
23	010830	CAIXA DE MÉDIA CIRURGIA - BLOCO/100 ETIQUETAS/A4	UNIDADE	12
24	010831	CAIXA DE PEQUENAS CIRUGIAS - BLOCO/100 ETIQUETAS/A4	UNIDADE	12
25	010832	CAIXA DE SUTURA - BLOCO/100 ETIQUETAS/A4	UNIDADE	12
26	010833	CAIXA ORTOPEDICA DE GRANDES FRAGMENTOS - BLOCO/100 ETIQUETAS/A4	UNIDADE	12
27	010834	CAIXA ORTOPEDICA DE PEQUENOS FRAGMENTOS - BLOCO/100 ETIQUETAS/A4	UNIDADE	12
28	010835	CHECK LIST CIRURGIA SEGURA - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	24
29	010836	CHECKLIST CME - LIVRO/70 PÁGINAS FRENTE E VERSO	UNIDADE	12
30	010837	CHECKLIST CVC - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	1
31	010838	CHEKIN PSICOTRÓPICOS - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	12
32	010839	CHEKLIST PRÉ-OPERATÓRIO - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	24
33	010840	CONTROLE DE MEDICAMENTOS DAS ALAS - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	48
34	010841	DECLARAÇÃO DE ACOMPANHANTE SERVIÇO SOCIAL - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	24
35	010842	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM NANDA - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	24
36	010843	DIMENSIONAMENTO DIÁRIO TEC ENFERMAGEM - LIVRO/70 PÁGINAS FRENTE E VERSO	UNIDADE	12
37	010844	ENTREVISTA SOCIAL - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	24
38	010399	ETIQUETA ÁLCOOL 70% - 60 ETIQUETAS ADESIVAS POR FOLHA/A4	UNIDADE	12
39	010845	ETIQUETA BANDEJA DE RN - BLOCO/100 ETIQUETAS/A4	UNIDADE	12
40	010846	ETIQUETA FIO DE KIRSCHNER - BLOCO/100 ETIQUETAS	UNIDADE	12
41	010847	ETIQUETA FIO DE STEINMANN - BLOCO/100 ETIQUETAS	UNIDADE	12
42	010848	ETIQUETA PERFURADORES - BLOCO/100 ETIQUETAS	UNIDADE	12

43	010849	ETIQUETA RICARDÃO - BLOCO/100 ETIQUETAS	UNIDADE	12
44	010850	ETIQUETA RICARDINHO - BLOCO/100 ETIQUETAS	UNIDADE	12
45	010851	ETIQUETA SONDA VESICAL DE DEMORA - BLOCO/100 ETIQUETAS/A4	UNIDADE	12
46	010852	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	240
47	010853	EVOLUÇÃO FISIOTERAPIA ENFERMARIA - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	12
48	010854	EVOLUÇÃO NUTRIÇÃO - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	48
49	010855	EVOLUÇÃO PSICOLOGIA - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	12
50	010856	EVOLUÇÃO SOCIAL - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	24
51	010858	FICHA DE ADMISSÃO NUTRICIONAL - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	48
52	010859	FICHA DE ANESTESIA - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	20
53	010860	FICHA DE CURATIVO INFECTADO - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	6
54	010861	FICHA DE NOTIFICAÇÃO ACIDENTES POR ANIMAIS PEÇONHENTOS - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	1
55	010857	FICHA DE NOTIFICAÇÃO ATENDIMENTO ANTI-RÁBICO HUMANO - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	1
56	010862	FICHA DE NOTIFICAÇÃO DENGUE E FEBRE DE CHIKUNGUNYA - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	1
57	010863	FICHA EVOLUÇÃO MÉDICA - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	30
58	010864	FILTRO DIGITAÇÃO - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	24
59	010865	GASTO DE MATERIAL E MEDICAMENTOS - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	120
60	010866	HISTÓRICO DE ENFERMAGEM SAE - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	24
61	010867	JUSTIFICATIVA - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	10
62	010868	KIT DE CURATIVO - BLOCO/100 ETIQUETAS /A4	UNIDADE	12
63	004563	LAUDO MÉDICO P/ PROCEDIMENTO DE ALTA COMPLEXIDADE (APAC), MONOCROMÁTICO A4	BLOCO	5
64	004283	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL APAC, 29,7X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	5
65	010869	LAUDO SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	26
66	010870	MAPA ALA A COPEIRAS - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	12
67	010871	MAPA ALA A NUTRIÇÃO - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	12
68	010872	MAPA ALA B COPEIRAS - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	12
69	010873	MAPA ALA B NUTRIÇÃO - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	12
70	010874	MAPA DE PRODUÇÃO - SERVIÇO SOCIAL - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	12
71	010875	MAPA DE PSICOTRÓPICOS - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	4
72	010876	MAPA FISIOTERAPIA - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	12
73	010877	PASSAGEM DE PLANTÃO ENFERMAGEM - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	60
74	010878	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	24
75	010879	PRESCRIÇÃO MÉDICA - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	100
76	010880	PROTOCOLO DE CLASSIFICAÇÃO SANGUÍNEA - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	12

77	010919	PULSEIRA ACOMPANHANTE UCI (PRATA) - MATERIAL PAPEL IMPERMEÁVEL.	UNIDADE	6000
78	010912	PULSEIRA ALERGIA (VERMELHA) - MATERIAL PAPEL IMPERMEÁVEL.	UNIDADE	2500
79	010914	PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO (BRANCA) - MATERIAL PAPEL IMPERMEÁVEL	UNIDADE	5000
80	010915	PULSEIRA DE RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO (CINZA) - MATERIAL PAPEL IMPERMEÁVEL	UNIDADE	300
81	010916	PULSEIRA DE RISCO DE QUEDA (AMARELA) - MATERIAL PAPEL IMPERMEÁVEL	UNIDADE	5000
82	010917	PULSEIRA ISOLAMENTO (LARANJA) - MATERIAL PAPEL IMPERMEÁVEL	UNIDADE	300
83	010918	PULSEIRA LESÃO POR PRESSÃO (VERDE) - MATERIAL PAPEL IMPERMEÁVEL	UNIDADE	2500
84	010881	RECEITUÁRIO - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	300
85	010882	RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	48
86	010883	RECEITUÁRIO PSICOLOGIA - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	5
87	010885	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM - LIVRO/140 PÁGINAS FRENTE E VERSO	UNIDADE	36
88	010886	RELATÓRIO DE FISIOTERAPIA ALAS A E B - LIVRO/70 PÁGINAS FRENTE E VERSO	UNIDADE	12
89	010887	RELATÓRIO DE FISIOTERAPIA UCI - LIVRO/70 PÁGINAS FRENTE E VERSO	UNIDADE	12
90	010888	RELATÓRIO DE OPERAÇÃO - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	12
91	010889	RELATÓRIO DE TRANSFUSÃO - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	12
92	010891	RELATÓRIO DIÁRIO - SERVIÇO SOCIAL - LIVRO/70 PÁGINAS	UNIDADE	12
93	010890	RELATÓRIO DIÁRIO PSICOLOGIA - LIVRO/70 PÁGINAS	UNIDADE	12
94	010892	RELATÓRIO ENFERMAGEM CME - LIVRO/70 PÁGINAS FRENTE E VERSO	UNIDADE	12
95	010884	RELATÓRIO ENFERMEIRO CC - LIVRO/70 PÁGINAS	UNIDADE	12
96	010928	RELATÓRIO NIR - LIVRO/70 PÁGINAS, FRENTE E VERSO	UNIDADE	12
97	010893	RELATÓRIO TÉCNICO DE ENFERMAGEM ALAS - LIVRO/70 PÁGINAS FRENTE E VERSO	UNIDADE	12
98	010894	RELATÓRIO TÉCNICO DE ENFERMAGEM CC - LIVRO/70 PÁGINAS FRENTE E VERSO	UNIDADE	12
99	010895	RELATÓRIO TÉCNICO DE ENFERMAGEM CME ÁREA SUJA - LIVRO/70 PÁGINAS	UNIDADE	12
100	010896	RELATÓRIO TÉCNICO DE ENFERMAGEM CME ARSENAL - LIVRO/70 PÁGINAS	UNIDADE	12
101	010897	RELATÓRIO TÉCNICO DE ENFERMAGEM CME CICLO AUTOCLAVE - LIVRO/70 PÁGINAS	UNIDADE	12
102	010898	RELATÓRIO TÉCNICO DE ENFERMAGEM CME PREPARO - LIVRO/70 PÁGINAS	UNIDADE	12
103	010899	RELATÓRIO TÉCNICO DE ENFERMAGEM MEDICAÇÃO - LIVRO/70 PÁGINAS FRENTE E VERSO	UNIDADE	12
104	010900	RELATÓRIO TÉCNICO DE ENFERMAGEM SOCORRISTA - LIVRO/70 PÁGINAS FRENTE E VERSO	UNIDADE	12
105	010901	RELATÓRIO TÉCNICO DE ENFERMAGEM UCI - LIVRO/70 PÁGINAS FRENTE E VERSO	UNIDADE	12
106	010902	REQUISICÃO DE EXAMES - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	200
107	010903	REQUISICÃO DE MATERIAL - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	25
108	010904	RESUMO DE ALTA - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	50

109	010905	SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONTES - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	12
110	010906	SOLICITAÇÃO DE SANGUE PARA PACIENTES - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	12
111	010907	SOLICITAÇÃO DE TOMOGRAFIA - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	5
112	010908	TERMO DE TROCA DE PLANTÃO - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	12
113	010909	TESTE PRÉ-TRANSFUSIONAL - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	12
114	010910	VISITA DIÁRIA CCIH - BLOCO/100 FOLHAS	UNIDADE	5
115	010911	VISITA DIÁRIA DA ENFERMAGEM ALAS - LIVRO/70 PÁGINAS FRENTE E VERSO	UNIDADE	24

1.2. A **CONTRATADA** responsabiliza-se pelo fornecimento dos materiais ao **Hospital Geral de Monção**, localizado na Rua da Jaqueira, nº 118, Centro, Monção/MA - CEP: 65360-000.

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

1.4. A compra dos materiais será realizada de acordo com a necessidade da Unidade de Saúde, sendo as quantidades definidas acima mera estimativa podendo sofrer variações para mais e/ou para menos e serão fornecidas após o recebimento da Ordem de Fornecimento (documento expedido pela **CONTRATANTE** para que a **CONTRATADA** realize o fornecimento em quantidade, prazo e local definidos pela **CONTRATANTE**).

1.5. 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.

1.6. Nos casos em que houver a necessidade de aquisição em número superior ao previamente definido na quantidade estimada, em razão da demanda e urgência na Unidade de Saúde, a **CONTRATANTE** enviará Ordem de Fornecimento a **CONTRATADA** que deverá realizar a entrega dos materiais no prazo de até 5 (cinco) dias úteis, contados a partir do recebimento da Ordem de Fornecimento.

1.7. Havendo necessidade de realizar compra acima da quantidade estimada, a **CONTRATANTE** pagará os valores especificados na Proposta Comercial enviada pela **CONTRATADA** através da Cotação de Preços nº 0139/2025/MA, que rubricada pelas partes, passa a fazer parte integrante do presente, podendo a **CONTRATANTE** negociar novo valor com a **CONTRATADA** devido ao aumento na quantidade a ser comprada.

CLÁUSULA SEGUNDA - DO FORNECIMENTO DO PRODUTO

2.1. 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 solidária ou subsidiária, não existindo subordinação entre os empregados da **CONTRATADA** e da **CONTRATANTE**, devendo, ainda, a **CONTRATADA**:

2.2. 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;

2.3. 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;

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

CLÁUSULA TERCEIRA - DO PRAZO

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

CLÁUSULA QUARTA - DO VALOR DO CONTRATO

4.1. O **CONTRATANTE** pagará a **CONTRATADA**, pela aquisição dos materiais **os valores especificados na Proposta Comercial**, que passa a fazer parte integrante do presente, enviada pela **CONTRATADA** através do Ato Convocatório nº 0139/2025/MA.

4.2. 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.

4.3. 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**.

4.4. 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.

4.5. 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:**

4.5.1. Certidões Negativas de Débitos Federais e Municipais da sede da empresa, válidas

no dia de sua apresentação;

4.5.2. Certidões Negativas 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;

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

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

4.6. Na nota fiscal deverá constar número da Ordem de Fornecimento, o nome da unidade 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.

4.7. Os pagamentos em favor da CONTRATADA serão realizados exclusivamente por meio de depósito bancário na seguinte conta em nome da empresa:

Banco: XXXXX

Agência: XXXXX

Conta Corrente: XXXX

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

4.9. 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

5.1. 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.

5.2. 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.

5.3. O local de entrega do objeto deste contrato será o Hospital Geral de Monção,

localizado na Rua da Jaqueira, nº 118, Centro, Monção/MA - CEP: 65360-000, ou no local fornecido pela **CONTRATANTE** na Ordem de fornecimento.

5.4. Condição de Entrega:

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

5.4.2. 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.

5.5. Condição de Recebimento:

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

5.5.2. 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.

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

5.7. 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

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

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

CLÁUSULA SÉTIMA - DAS PENALIDADES

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

7.1.1. 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;

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

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

7.1.4. Advertência;

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

7.2. 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.

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

7.4. 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

8.1. 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 estabelecido nos itens a seguir:

8.1.1. Adotar todas as providencias necessanas para a fiel execução do objeto do presente contrato em conformidade com as disposições do Ato Convocatório nº. 0139/2025/MA e do presente contrato, executando-o com eficiência, presteza e pontualidade.

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

8.1.3. 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**;

8.1.4. Entregar os materiais em suas respectivas caixas originais, embalados e lacrados, sem avarias. 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. 0139/2025/MA, bem como toda e

qualquer exigência legal aplicável ao presente caso.

8.1.5. Apresentar, quando solicitada, as certidões fiscais;

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

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

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

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

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

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

8.1.12. Arcar com as despesas decorrentes da não observância das condições constantes deste contrato e do Ato Convocatório nº. 0139/2025/MA, bem como de infrações praticadas por seus funcionários, ainda que no recinto do **CONTRATANTE**.

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

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

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

8.2. 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;

8.3. 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.

8.4. 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**.

8.5. 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

9.1. 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 0139/2025/MA.

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

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

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

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

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

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

9.8. Comunicar por escrito à **CONTRATADA** quaisquer irregularidades observadas na execução dos serviços contratados.

9.9. 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

10.1. 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

11.1. 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.

11.2. 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;

11.3. 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.

11.4. 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.

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

11.6. 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;

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

11.8. 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.

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

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

12.1. 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.

12.2. Nas ações judiciais, inclusive reclamações trabalhistas, e eventuais procedimentos administrativos, o **CONTRATANTE** fica, desde já, eximido de quaisquer responsabilidades, aplicando-se ao caso concreto uma das formas de intervenção de terceiros, previstas no Código de Processo Civil, especialmente a denúncia à lide, com o que concorda desde já e expressamente a **CONTRATADA**, declarando a mesma que aceitará, incondicionalmente, tal denúncia.

12.3. A **CONTRATADA** declara expressamente ter pleno conhecimento do teor do

Enunciado nº. 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**.

12.4. 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.

12.5. 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**.

12.6. 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

13.1. 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

14.1. 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.

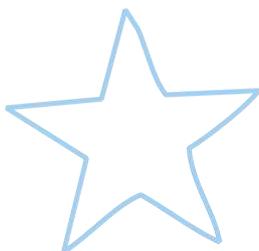
E, para firmeza e como prova de assim haverem, entre si, ajustado e contratado, lavrou-se o presente Contrato em 02 (duas) vias de igual teor e forma, para todos os fins de direito, sem rasuras ou emendas, o qual depois de lido e achado conforme perante duas testemunhas, a todo o ato presente, vai pelas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

Santo Antônio de Pádua, xx de xxxxx de xxxx.

BRUNO SOARES RIPARDO
INSTITUTO VIDA E SAÚDE – INVISA
CONTRATANTE

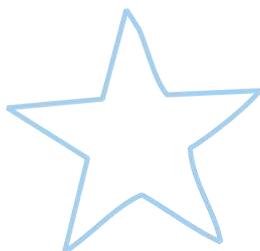
XXXXXXXXXXXXX
CONTRATADA

anos



MODELO DOS FORMULÁRIOS

anos



HOSPITAL REGIONAL DE MONÇÃO
PRONTUÁRIO DE ADMISSÃO HOSPITALAR

Nome: _____ Numero: _____
Sexo: _____ Idade: _____

Endereço: _____ Município: _____ Estado: _____

Data da 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 de Nascimento: ____/____/____ Naturalidade: _____ Est. Civil: _____

Grau de Instrução: _____ Peso Kg: _____ Altura(M): _____ Estado Nutricional: _____

Ocupação: _____ Instituição Previdenciária: segurado dependente outro

Filiação Pai: _____ Mãe: _____

Nome do responsável: _____ parentesco: _____

Denominação e Endereço do Trabalho: _____

Antecedentes Clínicos: _____

Antecedentes Clínicos Familiares: _____

HISTORIA CLÍNICA

BANCO DE SANGUE

TIPO SANGUÍNEO

FATOR RH

Imediato conciso sobre a doença Atual: _____

História Clínica: _____

Diagnóstico de Admissão: _____

Clinica: _____

Assinatura (Carimbo) do Médico que Admitiu o Paciente.

HOSPITAL REGIONAL DE MONÇÃO			
SERVIÇO DE PSICOLOGIA HOSPITALAR			
ADMISSÃO PSICOLÓGICA			DATA: __/__/__
NOME:	DATA ADM HOSP __/__/__	SETOR:	LEITO:
NOME SOCIAL (QUANDO SE APLICAR)		DATA DE NASCIMENTO: __/__/__	
RESPONSÁVEL LEGAL (QUANDO SE APLICAR)			
IDADE:	GÊNERO:	ESCOLARIDADE	
OCUPAÇÃO:	ESTADO CIVIL:	RELIGIÃO:	HIPÓTESE DIAG. CLÍNICO:
EXAME PSÍQUICO			
ASPECTOS COGNITIVOS			
CONSCIÊNCIA () LÚCIDA () REBAIXADO () COMA		ORIENTAÇÃO () ORIENTADO(A) () DESORIENTADO () SONOLENTO/ SOB EFEITO DE MEDICAÇÃO	
ATENÇÃO () Normal () Déficit () Exacerbação			
OBSERVAÇÕES:			
ASPECTOS COMPORTAMENTAIS E AFETIVOS			
CONTATO COM O ENTREVISTADOR () CONTATUANTE () NÃO CONTATUANTE		VOLUÇÃO / VONTADE () NORMAL () IMPULSOS () COMPULSÕES	
LINGUAGEM () NORMAL () CONFUSA () OUTROS			
OBSERVAÇÕES			
USO DE ÁLCOOL E DROGAS () Sim () Não Substância (s):..... Freqüência de uso:..... Maior período de abstinência:..... Uso de Psicotrópicos:.....			
AVALIAÇÃO DA POSTURA FAMILIAR FRENTE À HOSPITALIZAÇÃO E À EQUIPE			
ENTENDIMENTO DO DIAGNÓSTICO () Sim () Não		RELAÇÃO COM A EQUIPE ASSISTENCIAL () Cooperativa () Não participativa () Conflituosa	
ENTENDIMENTO DO TRATAMENTO PROPOSTO: () Sim () Não			
ANAMNESE PSICOLÓGICA			
QUEIXA PRINCIPAL E EVOLUÇÃO DA QUEIXA			
HISTÓRICO DE SAÚDE CLÍNICO E PSIQUIÁTRICO (DOENÇAS CRÔNICAS, MEDICAÇÃO, SINTOMAS, TRATAMENTOS ETC.)			
() SIM QUAIS?			
() NÃO			
HISTÓRIA SOCIAL E PROFISSIONAL (VIDA SOCIAL, INSERÇÃO EM GRUPOS, LAZER, REDE DE APOIO, OCUPAÇÃO ETC.)			
() SIM () NÃO			
ENCAMINHAMENTOS EXTERNOS E INTERNOS			
() SIM () NÃO	ENCAMINHADO PARA/MOTIVO:		

**HOSPITAL REGIONAL DE MONÇÃO
SECRETARIA ESTADUAL DE SAUDE
GOVERNO DO ESTADO DO MARANHÃO**

ATESTADO MÉDICO

Atesto (a) para os devidos fins o Sr.(a) _____

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

CID: _____

Monção/MA, ____/____/____.

Carimbo e Assinatura Médico-CRM

**HOSPITAL REGIONAL DE MONÇÃO
SECRETARIA ESTADUAL DE SAUDE
GOVERNO DO ESTADO DO MARANHÃO**

ATESTADO MÉDICO

Atesto (a) para os devidos fins o Sr.(a) _____

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

CID: _____

Monção/MA, ____/____/____.

Carimbo e Assinatura Médico-CRM



NOME:	LEITO:	DATA NASC:
DIAGNÓSTICO:	DATA:	

BALANÇO HÍDRICO

HORA	SINAIS VITAIS				PAM	GLIC	SAT	ENTRADAS								SAÍDAS							
	FC	FR	TAX	PA				VO/SNG	DIETA	MEDIC	HIDRATAÇÃO	SANGUE							DRENOS	DIURESE	SNG	EVACUA.	
08:00																							
10:00																							
12:00																							
14:00																							
16:00																							
18:00																							
TOTAL INTRODUCIDO								ENTRADA _____								SAÍDA: _____				TOTAL 12H _____			
	FC	FR	TAX	PA	PAM	GLIC	SAT	VO/SNG	DIETA	MEDIC	HIDRATAÇÃO	SANGUE							DRENOS	DIURESE	SNG	EVACUA.	
20:00																							
22:00																							
00:00																							
02:00																							
04:00																							
06:00																							
TOTAL INTRODUCIDO								ENTRADA _____								SAÍDA: _____				TOTAL 12H _____			
																TOTAL 24H _____							

**HOSPITAL REGIONAL DE MONÇÃO
CENTRO CIRÚRGICO**

DATA: _____ VALIDADE: _____

BANDEJA DE RAQUI		
01	Cuba redonda	<input type="checkbox"/> 01
02	Pinça Collin Coração	<input type="checkbox"/> 01

ASSINATURA E CARIMBO



BUNDLE DE PREVENÇÃO DE INFECÇÃO URINÁRIA ASSOCIADA A CATETER VESICAL DE DEMORA



IDENTIFICAÇÃO DE PACIENTE

Nome:				
Data de nascimento:	Idade:	Sexo:	Setor:	Enf/Leito-

CATETER VESICAL DE DEMORA
Data da inserção:
Hora:
N] da Sonda:
Responsável pela inserção:

INDICAÇÃO PARA INSERÇÃO DO CATETER VESICAL DE DEMORA
<input type="checkbox"/> Cirurgia de grande porte, preciamente selecionada;
<input type="checkbox"/> Monitorar débito em pacientes críticos;
<input type="checkbox"/> Gerenciar retenção urinária grave e/ou obstrução;
<input type="checkbox"/> Cuidados com lesão por pressão em paciente incontinentes;
<input type="checkbox"/> Outros:

CHECK LIST DE MEDIDA PREVENTIVAS DE INSERÇÃO DO CATETER

Conforme	Não conforme		Conforme	Não conforme	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Utilizado gel lubrificante (estéril);
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Uso de gorro e máscara;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Identificado e datado Bolsa coletora;
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Realizar Higienização das mãos com água e sabão ou álcool;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Observação da drenagem da urina pelo sistema e insuflar o balonete;
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Realizar higiene íntima com clorexidina degermante;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Realizado afixação correta em: Homens: região suprapúbica. Mulheres: região lateral interna da coxa.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abrir todo o material garantindo a técnica asséptica;			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Calçado as luvas estéreis na técnica asséptica;			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Concetado o cateter vesical ao coletor de drenagem fechado e testado o balonete;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Realizado inserção da sonda conforme a técnica asséptica em apenas uma tentativa;
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Realizado antissepsia da região perineal com solução de corexidina aquosa 2% (pratindo da uretra para a periferia);			

BUNDLE FINAL	POSITIVO ()	NEGATIVO ()
Intercorrências durante o procedimento:		
Observações:		
Data da remoção do cateter:		
Motivo da remoção:		

DIAS DE CATETER	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
Fixação correta																														
Bolsa coletora(2/3 da capacidade)																														
Bolsa coletora abaixo do nível da bexiga																														
Proteção no dispositivo de drenagem																														
Região periuretral higienizada																														
Necessidade de manter o cateter																														
ASSINATURA DO ENFERMEIRO(A)																														
DATA																														

(S) SIM/(N)NÃO/ (S) NÃO SE APLICA

ORIENTAÇÕES

Esvaziar a bolsa coletora regularmente, utilizando recipiente coletor individual e evitar o contato do tubo de drenagem com o recipiente coletor.

Trocar todo o sistema quando ocorrer desconexão, quebra da técnica asséptica ou vazamento.

Para exame de urina, coleta pequena amostra através de aspiração de urina com agulha estéril após desinfecção do dispositivo de coleta.

PREVENÇÃO DE PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA (PAV)

NOME COMPLETO: _____		DN: ___/___/___	LEITO: _____	MÊS: _____
DATA DA INTUBAÇÃO: ___/___/___ HORA: _____	LOCAL DA INTUBAÇÃO: () UCI () OUTRO SETOR () TRANSFERIDO DE OUTRA INSTITUIÇÃO	DATA DE INICIO DA VM: ___/___/___		DATA DE TERMINO DA VM ___/___/___ ÓBITO DATA: ___/___/___ HORA _____
DATA DA EXTUBAÇÃO: ___/___/___ HORA: _____	DATA DA REEITUBAÇÃO: ___/___/___ (CASO OCORRA EM MENOS DE 24 HORAS)	TROCA DO TOT: ___/___/___ MOTIVO: _____		DATA DA TROCA TRAQUEOSTOMIA ___/___/___

CHECKLIST DE MANUTENÇÃO – AVALIAÇÃO DIÁRIA DE DISPOSITIVO INVASIVO

DIA DE MANUTENÇÃO		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	31							
		PARÂMETROS																																					
TOT/TQT/Desmame	SD																																						
	SN																																						
DESMAME DIÁRIO DE SEDAÇÃO	SD																																						
	SN																																						
AVALIAÇÃO DIÁRIA DE CONDIÇÕES DE EXTUBAÇÃO/DESMAME	SD																																						
	SN																																						
ELEVAÇÃO DA CABECEIRA DE 35º A 40º	SD																																						
	SN																																						
HIGIENE ORAL CLOREXIDINE	SD																																						
	SN																																						
PRESSÃO CUFF (ANOTAR VALOR)	SD																																						
	SN																																						
TROCA DE FILTRO CONFORME INDICAÇÃO OU EM CASO DE SUJIDADE	SD																																						
	SN																																						
POSICIONAMENTO ADEQUADO DO CIRCUITO	SD																																						
	SN																																						
CIRCUITO LIVRE DE CONDESADO	SD																																						
	SN																																						
ASSINATURA DO FISIOTERAPEUTA	SD																																						
	SN																																						

Legenda: Para respostas **Afirmativa** (assinalar S); para respostas **Negativas** (assinalar N); Se não se aplica ou está contra indicado (assinalar NA) * valores de cuff - 20 a 30 cm/H2O

DATA _/ _/ _

TURNO SD SN



**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
CENTRO CIRURGICO**

DATA: _____ VALIDADE: _____

CAIXA DE HISTERECTOMIA

01	CABO DE BISTURI N°4	<input type="checkbox"/>	01
02	AFASTADOR FARABEUFF GRANDE 20 cm	<input type="checkbox"/>	02
03	PINÇA ALLIS	<input type="checkbox"/>	04
04	PINÇA ANATOMICA DISSECÇÃO 25cm	<input type="checkbox"/>	01
05	PINÇA ANATOMICA DENTE DE RATO 25 cm	<input type="checkbox"/>	01
06	PINÇA ROCHESTER	<input type="checkbox"/>	01
07	PINÇA BACKHAUS 13 cm	<input type="checkbox"/>	04
08	PINÇA FAURE 22CM	<input type="checkbox"/>	02
09	PINÇA HALSTED MOSQUITO CURVA 12 cm	<input type="checkbox"/>	03
10	PINÇA KELLY CURVA 14 cm	<input type="checkbox"/>	04
11	PINÇA KELLY RETA 14 cm	<input type="checkbox"/>	04
12	PINÇA KOCHER RETA 24 cm	<input type="checkbox"/>	03
13	PINÇA KOCHER CURVA 24 cm	<input type="checkbox"/>	02
14	PINÇA POZZI	<input type="checkbox"/>	01
15	PINÇA CHERON	<input type="checkbox"/>	01
16	PORTA AGULHA MAYO HEGAR SERRILHA 30 cm	<input type="checkbox"/>	02
17	PINÇA MIXTER	<input type="checkbox"/>	01
18	TESOURA METZEMBAUM CURVA 24 cm	<input type="checkbox"/>	01
19	TESOURA METZEMBAUM RETA 24 cm	<input type="checkbox"/>	01

ASSINATURA E CARIMBO

**HOSPITAL REGIONAL DE MONÇÃO
CENTRO CIRÚRGICO**

DATA: _____ VALIDADE: _____

CAIXA DE INSTRUMENTAL ORTOPÉDICO GRANDE

PINÇA DE DISSECÇÃO SERRILHA	01
PINÇA DE DISSECÇÃO DENTE DE RATO	01
MOSQUITO	04
BACKHAUS	02
KELLY RETA	04
KELLY CURVA	04
PINÇA ALLIS	04
PINÇA KOKHER CURVA	02
PINÇA KOKHER RETA	02
PORTA AGULHA	02
TESOURA RETA	01
TESOURA CURVA	01
AFASTADOR	02
CURETA 0	01
CURETA 01	01
CABO DE BISTURI	01
MARTELO G	01
MARTELO P	01
OSTEÓTOMO	04

ASSINATURA E CARIMBO

**HOSPITAL REGIONAL DE MONÇÃO
CENTRO CIRÚRGICO**

DATA: _____ VALIDADE: _____

CAIXA DE INSTRUMENTAL ORTOPÉDICO PEQUENA

PINÇA DE DISSECÇÃO SERRILHA	01
PINÇA DE DISSECÇÃO DENTE DE RATO	01
MOSQUITO	01
BACKHAUS	01
KELLY RETA	01
KELLY CURVA	01
PINÇA ALLIS	01
PINÇA KOKHER CURVA	01
PINÇA KOKHER RETA	01
PORTA AGULHA	01
TESOURA RETA	01
TESOURA CURVA	01
AFASTADOR	01
CURETA 0	01
CURETA 01	01
CABO DE BISTURI	01
MARTELO G	01
MARTELO P	01
OSTEÓTOMO	01

ASSINATURA E CARIMBO

**HOSPITAL REGIONAL DE MONÇÃO
CENTRO CIRÚRGICO**

DATA: _____ VALIDADE: _____

CAIXA DE LAPAROTOMIA		
01	CABO DE BISTURI N°4	<input type="checkbox"/> 01
02	AFASTADOR FARABEUZ MÉDIO 15 cm	<input type="checkbox"/> 02
03	AFASTADOR FARABEUZ GRANDE 20 cm	<input type="checkbox"/> 02
04	PINÇA ALLIS 23 CM	<input type="checkbox"/> 05
05	PINÇA ANATOMICA DISSECÇÃO 25cm	<input type="checkbox"/> 01
06	PINÇA ANATOMICA DENTE DE RATO 25 cm	<input type="checkbox"/> 01
07	PINÇA BABCOCK 23 cm	<input type="checkbox"/> 01
08	PINÇA COLLIN CORAÇÃO 16 cm	<input type="checkbox"/> 01
09	PINÇA BACKHAUS 13 cm	<input type="checkbox"/> 04
10	PINÇA FAURE CURVA 20 CM	<input type="checkbox"/> 02
11	PINÇA HALSTED MOSQUITO RETA LONGUETE 21 CM	<input type="checkbox"/> 01
12	PINÇA HALSTED MOSQUITO CURVA 12 cm	<input type="checkbox"/> 06
13	PINÇA HALSTED MOSQUITO RETA 12 CM	<input type="checkbox"/> 02
14	PINÇA KELLY CURVA 14 cm	<input type="checkbox"/> 04
15	PINÇA KELLY RETA 14 cm	<input type="checkbox"/> 04
16	PINÇA KOCHER RETA 24 cm	<input type="checkbox"/> 05
17	PINÇA KOCHER CURVA 24 cm	<input type="checkbox"/> 02
18	PORTA AGULHA MAYO HEGAR SERRILHA 20 cm	<input type="checkbox"/> 01
19	PORTA AGULHA MAYO HEGAR SERRILHA 30 cm	<input type="checkbox"/> 01
20	TESOURA METZEMBAUM CURVA 24 cm	<input type="checkbox"/> 01
21	TESOURA METZEMBAUM RETA 24 cm	<input type="checkbox"/> 01
22	PINÇA CHERON	<input type="checkbox"/> 01
23	PINÇA POZZI	<input type="checkbox"/> 01
24	PINÇA MUSEUX RETA	<input type="checkbox"/> 01
25	PINÇA MIXTER	<input type="checkbox"/> 02

ASSINATURA E CARIMBO

DATA _/ _/ _


 TURNO SD SN

 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
CENTRO CIRURGICO


CAIXA DE MÉDIA CIRÚGIA

01	AFASTADOR FARABEUPE PEQUENO 12 e 14 cm	<input type="checkbox"/>	04
02	CABO DE BISTURI Nº4	<input type="checkbox"/>	01
03	PINÇA ALLIS	<input type="checkbox"/>	04
04	PINÇA ANATOMICA DISSECÇÃO 30 cm	<input type="checkbox"/>	01
05	PINÇA ANATOMICA DENTE DE RATO 30 cm	<input type="checkbox"/>	01
06	PINÇA BABCOCK 20 cm	<input type="checkbox"/>	01
07	PINÇA BACKHAUS 10 cm	<input type="checkbox"/>	04
08	PINÇA COLLIN ANEL 16 cm	<input type="checkbox"/>	01
09	PINÇA FAURE 22 cm	<input type="checkbox"/>	01
10	PINÇA HALSTEAD MOSQUITO CURVA 12 cm	<input type="checkbox"/>	05
11	PINÇA KELLY CURVA 16 cm	<input type="checkbox"/>	04
12	PINÇA KELLY RETA 16 cm	<input type="checkbox"/>	04
13	PINÇA KOCHER CURVA 20 cm	<input type="checkbox"/>	03
12	PINÇA KOCHER RETA 20 cm	<input type="checkbox"/>	02
13	PINÇA MIXTER 24 cm	<input type="checkbox"/>	02
14	PINÇA MUSEUX RETA 24 cm	<input type="checkbox"/>	01
15	PORTA AGULHA MAYO HEGAR SERRILHA 20 cm	<input type="checkbox"/>	01
16	PORTA AGULHA MAYO HEGAR SERRILHA 30 cm	<input type="checkbox"/>	01
17	TESOURA METZEMBAUM CURVA 18 cm	<input type="checkbox"/>	01
18	TESOURA METZEMBAUM RETA 18 cm	<input type="checkbox"/>	01

ASSINATURA E CARIMBO

DATA _/ _/ _


 TURNO SD SN

 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
CENTRO CIRURGICO


CAIXA DE MÉDIA CIRÚGIA

01	AFASTADOR FARABEUPE PEQUENO 12 e 14 cm	<input type="checkbox"/>	04
02	CABO DE BISTURI Nº4	<input type="checkbox"/>	01
03	PINÇA ALLIS	<input type="checkbox"/>	04
04	PINÇA ANATOMICA DISSECÇÃO 30 cm	<input type="checkbox"/>	01
05	PINÇA ANATOMICA DENTE DE RATO 30 cm	<input type="checkbox"/>	01
06	PINÇA BABCOCK 20 cm	<input type="checkbox"/>	01
07	PINÇA BACKHAUS 10 cm	<input type="checkbox"/>	04
08	PINÇA COLLIN ANEL 16 cm	<input type="checkbox"/>	01
09	PINÇA FAURE 22 cm	<input type="checkbox"/>	01
10	PINÇA HALSTEAD MOSQUITO CURVA 12 cm	<input type="checkbox"/>	05
11	PINÇA KELLY CURVA 16 cm	<input type="checkbox"/>	04
12	PINÇA KELLY RETA 16 cm	<input type="checkbox"/>	04
13	PINÇA KOCHER CURVA 20 cm	<input type="checkbox"/>	03
12	PINÇA KOCHER RETA 20 cm	<input type="checkbox"/>	02
13	PINÇA MIXTER 24 cm	<input type="checkbox"/>	02
14	PINÇA MUSEUX RETA 24 cm	<input type="checkbox"/>	01
15	PORTA AGULHA MAYO HEGAR SERRILHA 20 cm	<input type="checkbox"/>	01
16	PORTA AGULHA MAYO HEGAR SERRILHA 30 cm	<input type="checkbox"/>	01
17	TESOURA METZEMBAUM CURVA 18 cm	<input type="checkbox"/>	01
18	TESOURA METZEMBAUM RETA 18 cm	<input type="checkbox"/>	01

ASSINATURA E CARIMBO

DATA _/ _/ _


 TURNO SD SN

 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
CENTRO CIRURGICO


CAIXA DE MÉDIA CIRÚGIA

01	AFASTADOR FARABEUPE PEQUENO 12 e 14 cm	<input type="checkbox"/>	04
02	CABO DE BISTURI Nº4	<input type="checkbox"/>	01
03	PINÇA ALLIS	<input type="checkbox"/>	04
04	PINÇA ANATOMICA DISSECÇÃO 30 cm	<input type="checkbox"/>	01
05	PINÇA ANATOMICA DENTE DE RATO 30 cm	<input type="checkbox"/>	01
06	PINÇA BABCOCK 20 cm	<input type="checkbox"/>	01
07	PINÇA BACKHAUS 10 cm	<input type="checkbox"/>	04
08	PINÇA COLLIN ANEL 16 cm	<input type="checkbox"/>	01
09	PINÇA FAURE 22 cm	<input type="checkbox"/>	01
10	PINÇA HALSTEAD MOSQUITO CURVA 12 cm	<input type="checkbox"/>	05
11	PINÇA KELLY CURVA 16 cm	<input type="checkbox"/>	04
12	PINÇA KELLY RETA 16 cm	<input type="checkbox"/>	04
13	PINÇA KOCHER CURVA 20 cm	<input type="checkbox"/>	03
12	PINÇA KOCHER RETA 20 cm	<input type="checkbox"/>	02
13	PINÇA MIXTER 24 cm	<input type="checkbox"/>	02
14	PINÇA MUSEUX RETA 24 cm	<input type="checkbox"/>	01
15	PORTA AGULHA MAYO HEGAR SERRILHA 20 cm	<input type="checkbox"/>	01
16	PORTA AGULHA MAYO HEGAR SERRILHA 30 cm	<input type="checkbox"/>	01
17	TESOURA METZEMBAUM CURVA 18 cm	<input type="checkbox"/>	01
18	TESOURA METZEMBAUM RETA 18 cm	<input type="checkbox"/>	01

ASSINATURA E CARIMBO

DATA _/ _/ _


 TURNO SD SN

 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
CENTRO CIRURGICO


CAIXA DE MÉDIA CIRÚGIA

01	AFASTADOR FARABEUPE PEQUENO 12 e 14 cm	<input type="checkbox"/>	04
02	CABO DE BISTURI Nº4	<input type="checkbox"/>	01
03	PINÇA ALLIS	<input type="checkbox"/>	04
04	PINÇA ANATOMICA DISSECÇÃO 30 cm	<input type="checkbox"/>	01
05	PINÇA ANATOMICA DENTE DE RATO 30 cm	<input type="checkbox"/>	01
06	PINÇA BABCOCK 20 cm	<input type="checkbox"/>	01
07	PINÇA BACKHAUS 10 cm	<input type="checkbox"/>	04
08	PINÇA COLLIN ANEL 16 cm	<input type="checkbox"/>	01
09	PINÇA FAURE 22 cm	<input type="checkbox"/>	01
10	PINÇA HALSTEAD MOSQUITO CURVA 12 cm	<input type="checkbox"/>	05
11	PINÇA KELLY CURVA 16 cm	<input type="checkbox"/>	04
12	PINÇA KELLY RETA 16 cm	<input type="checkbox"/>	04
13	PINÇA KOCHER CURVA 20 cm	<input type="checkbox"/>	03
12	PINÇA KOCHER RETA 20 cm	<input type="checkbox"/>	02
13	PINÇA MIXTER 24 cm	<input type="checkbox"/>	02
14	PINÇA MUSEUX RETA 24 cm	<input type="checkbox"/>	01
15	PORTA AGULHA MAYO HEGAR SERRILHA 20 cm	<input type="checkbox"/>	01
16	PORTA AGULHA MAYO HEGAR SERRILHA 30 cm	<input type="checkbox"/>	01
17	TESOURA METZEMBAUM CURVA 18 cm	<input type="checkbox"/>	01
18	TESOURA METZEMBAUM RETA 18 cm	<input type="checkbox"/>	01

ASSINATURA E CARIMBO

DATA _/ _/ _

TURNO SD SN
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
 CENTRO CIRURGICO**
CAIXA DE PEQUENA CIRÚGIA

01	AFASTADOR FARABEUZ INFANTIL 10X120mm	<input type="checkbox"/> 01
02	CABO DE BISTURI N°4	<input type="checkbox"/> 01
03	PINÇA ALLIS 15 cm	<input type="checkbox"/> 04
04	PINÇA ANATOMICA DISSECÇÃO SERRILHA 20 cm	<input type="checkbox"/> 01
05	PINÇA ANATOMICA DISSECÇÃO DENTE DE RATO 20 cm	<input type="checkbox"/> 01
06	PINÇA BABCOCK 16 cm	<input type="checkbox"/> 01
07	PINÇA BACKHAUS 10 cm	<input type="checkbox"/> 02
08	PINÇA HALSTEAD MOSQUITO CURVA 12 cm	<input type="checkbox"/> 04
09	PINÇA KELLY CURVA 16 cm	<input type="checkbox"/> 04
10	PINÇA KELLY RETA 16 cm	<input type="checkbox"/> 02
11	PINÇA KOCHER CURVA 20 cm	<input type="checkbox"/> 01
12	PINÇA KOCHER RETA 20 cm	<input type="checkbox"/> 03
13	PORTA AGULHA MAYO HEGAR 16 cm	<input type="checkbox"/> 01
14	TESOURA METZEMBAUM CURVA 15 cm	<input type="checkbox"/> 01
15	TESOURA METZEMBAUM RETA 15 cm	<input type="checkbox"/> 01

ASSINATURA E CARIMBO

DATA _/ _/ _

TURNO SD SN
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
 CENTRO CIRURGICO**
CAIXA DE PEQUENA CIRÚGIA

01	AFASTADOR FARABEUZ INFANTIL 10X120mm	<input type="checkbox"/> 01
02	CABO DE BISTURI N°4	<input type="checkbox"/> 01
03	PINÇA ALLIS 15 cm	<input type="checkbox"/> 04
04	PINÇA ANATOMICA DISSECÇÃO SERRILHA 20 cm	<input type="checkbox"/> 01
05	PINÇA ANATOMICA DISSECÇÃO DENTE DE RATO 20 cm	<input type="checkbox"/> 01
06	PINÇA BABCOCK 16 cm	<input type="checkbox"/> 01
07	PINÇA BACKHAUS 10 cm	<input type="checkbox"/> 02
08	PINÇA HALSTEAD MOSQUITO CURVA 12 cm	<input type="checkbox"/> 04
09	PINÇA KELLY CURVA 16 cm	<input type="checkbox"/> 04
10	PINÇA KELLY RETA 16 cm	<input type="checkbox"/> 02
11	PINÇA KOCHER CURVA 20 cm	<input type="checkbox"/> 01
12	PINÇA KOCHER RETA 20 cm	<input type="checkbox"/> 03
13	PORTA AGULHA MAYO HEGAR 16 cm	<input type="checkbox"/> 01
14	TESOURA METZEMBAUM CURVA 15 cm	<input type="checkbox"/> 01
15	TESOURA METZEMBAUM RETA 15 cm	<input type="checkbox"/> 01

ASSINATURA E CARIMBO

DATA _/ _/ _

TURNO SD SN
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
 CENTRO CIRURGICO**
CAIXA DE PEQUENA CIRÚGIA

01	AFASTADOR FARABEUZ INFANTIL 10X120mm	<input type="checkbox"/> 01
02	CABO DE BISTURI N°4	<input type="checkbox"/> 01
03	PINÇA ALLIS 15 cm	<input type="checkbox"/> 04
04	PINÇA ANATOMICA DISSECÇÃO SERRILHA 20 cm	<input type="checkbox"/> 01
05	PINÇA ANATOMICA DISSECÇÃO DENTE DE RATO 20 cm	<input type="checkbox"/> 01
06	PINÇA BABCOCK 16 cm	<input type="checkbox"/> 01
07	PINÇA BACKHAUS 10 cm	<input type="checkbox"/> 02
08	PINÇA HALSTEAD MOSQUITO CURVA 12 cm	<input type="checkbox"/> 04
09	PINÇA KELLY CURVA 16 cm	<input type="checkbox"/> 04
10	PINÇA KELLY RETA 16 cm	<input type="checkbox"/> 02
11	PINÇA KOCHER CURVA 20 cm	<input type="checkbox"/> 01
12	PINÇA KOCHER RETA 20 cm	<input type="checkbox"/> 03
13	PORTA AGULHA MAYO HEGAR 16 cm	<input type="checkbox"/> 01
14	TESOURA METZEMBAUM CURVA 15 cm	<input type="checkbox"/> 01
15	TESOURA METZEMBAUM RETA 15 cm	<input type="checkbox"/> 01

ASSINATURA E CARIMBO

DATA _/ _/ _

TURNO SD SN
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
 CENTRO CIRURGICO**
CAIXA DE PEQUENA CIRÚGIA

01	AFASTADOR FARABEUZ INFANTIL 10X120mm	<input type="checkbox"/> 01
02	CABO DE BISTURI N°4	<input type="checkbox"/> 01
03	PINÇA ALLIS 15 cm	<input type="checkbox"/> 04
04	PINÇA ANATOMICA DISSECÇÃO SERRILHA 20 cm	<input type="checkbox"/> 01
05	PINÇA ANATOMICA DISSECÇÃO DENTE DE RATO 20 cm	<input type="checkbox"/> 01
06	PINÇA BABCOCK 16 cm	<input type="checkbox"/> 01
07	PINÇA BACKHAUS 10 cm	<input type="checkbox"/> 02
08	PINÇA HALSTEAD MOSQUITO CURVA 12 cm	<input type="checkbox"/> 04
09	PINÇA KELLY CURVA 16 cm	<input type="checkbox"/> 04
10	PINÇA KELLY RETA 16 cm	<input type="checkbox"/> 02
11	PINÇA KOCHER CURVA 20 cm	<input type="checkbox"/> 01
12	PINÇA KOCHER RETA 20 cm	<input type="checkbox"/> 03
13	PORTA AGULHA MAYO HEGAR 16 cm	<input type="checkbox"/> 01
14	TESOURA METZEMBAUM CURVA 15 cm	<input type="checkbox"/> 01
15	TESOURA METZEMBAUM RETA 15 cm	<input type="checkbox"/> 01

ASSINATURA E CARIMBO

CAIXA DE SUTURA

01	PINÇA DISSECÇÃO ADSON DENTE 12 cm	01
02	PINÇA DISSECÇÃO ADSON SERRILHA 12 cm	01
03	PINÇA KELLY CURVA 16 cm	02
04	PINÇA KELLY RETA 16 cm	02
05	PORTA AGULHA MAYO HEGAR 18 cm	01
06	TESOURA MAYO STILLE CURVA 17 cm	01

ASSINATURA E CARIMBO

CAIXA DE SUTURA

01	PINÇA DISSECÇÃO ADSON DENTE 12 cm	01
02	PINÇA DISSECÇÃO ADSON SERRILHA 12 cm	01
03	PINÇA KELLY CURVA 16 cm	02
04	PINÇA KELLY RETA 16 cm	02
05	PORTA AGULHA MAYO HEGAR 18 cm	01
06	TESOURA MAYO STILLE CURVA 17 cm	01

ASSINATURA E CARIMBO

CAIXA DE SUTURA

01	PINÇA DISSECÇÃO ADSON DENTE 12 cm	01
02	PINÇA DISSECÇÃO ADSON SERRILHA 12 cm	01
03	PINÇA KELLY CURVA 16 cm	02
04	PINÇA KELLY RETA 16 cm	02
05	PORTA AGULHA MAYO HEGAR 18 cm	01
06	TESOURA MAYO STILLE CURVA 17 cm	01

ASSINATURA E CARIMBO

CAIXA DE SUTURA

01	PINÇA DISSECÇÃO ADSON DENTE 12 cm	01
02	PINÇA DISSECÇÃO ADSON SERRILHA 12 cm	01
03	PINÇA KELLY CURVA 16 cm	02
04	PINÇA KELLY RETA 16 cm	02
05	PORTA AGULHA MAYO HEGAR 18 cm	01
06	TESOURA MAYO STILLE CURVA 17 cm	01

ASSINATURA E CARIMBO

CAIXA DE SUTURA

01	PINÇA DISSECÇÃO ADSON DENTE 12 cm	01
02	PINÇA DISSECÇÃO ADSON SERRILHA 12 cm	01
03	PINÇA KELLY CURVA 16 cm	02
04	PINÇA KELLY RETA 16 cm	02
05	PORTA AGULHA MAYO HEGAR 18 cm	01
06	TESOURA MAYO STILLE CURVA 17 cm	01

ASSINATURA E CARIMBO

CAIXA DE SUTURA

01	PINÇA DISSECÇÃO ADSON DENTE 12 cm	01
02	PINÇA DISSECÇÃO ADSON SERRILHA 12 cm	01
03	PINÇA KELLY CURVA 16 cm	02
04	PINÇA KELLY RETA 16 cm	02
05	PORTA AGULHA MAYO HEGAR 18 cm	01
06	TESOURA MAYO STILLE CURVA 17 cm	01

ASSINATURA E CARIMBO

CHECKLIST CME

MATERIAIS DO ARSENAL

MATERIAL	QTD	MATERIAL	QTD	MATERIAL	QTD
AVENTAL		CUBA RIM ESTÉRIL		PINÇA DURVAL	
AFASTADOR DOYAN		CURETAS			
AFASTADOR FARABEU		CX 3,5 ORION		PINÇA FAURE	
AFASTADOR GOSSET		CX 4,5 ORION		PINÇA FOESTER	
AFASTADOR LANGENBERG		CAX APENDICECTOMIA		PINÇA HARTMAN	
AFASTADOR MALEÁVEL		CX BÁSICA		PINÇA KELLY CURVA	
AFASTADOR SUPRA PÚBICA		CX LAPAROTOMIA		PINÇA KELLY RETA	
AFASTADOR VOLKMANN		CX PERFUROCORTADOR PNEUMÁTICO		PINÇA KOCHER	
AFASTADOR WEITLANER		CX SUBCLÁVIA		PINÇA MIXTER	
ALGODÃO ORTOPÉDICO		CX SUTURA		PINÇA MOSQUITO CURVA	
ALMOTOLIA		FAIXA SMARCH		PINÇA MOSQUITO RETA	
AMBÚ		FIO DE CERCLAGEM		PINÇA MUSEUX	
APARADEIRA		FIOS Nº1,0		PINÇA PEAN	
ARRUELAS		FIOS Nº1,5		PINÇA POZZI	
ATADURAS		FIOS Nº2,0		PINÇA PRICE THOMAS	
BACIAS ESTÉRIL		FIOS Nº2,5		PINÇA ROCHESTER	
BACIAS SIMPLES		FIOS Nº3,0	CX TRÉPANO	PINÇA SANTISKY	
BANDEJA DE MEDICAÇÃO		FIOS Nº3,5		PINÇA VERBRUIGUE	
BANDEJA DE DEGERMAÇÃO		FIOS Nº4,0		PINÇA CRILE RETA	
BROCA 2,0		FIOS Nº4,5		PONTA ASPIRADOR	
BROCA 2,5		FIOS Nº5,0		PONTEIRA BISTURI	
BROCA 3,2		FORMÃO		PONTEIRA DRILL	
BROCA 3,5		KAI-KAI		PORTA AGULHA	
BROCA 4,5		KIT CATETERISMO		RICARDÃO/RICARDINHO	
BROCA 5,0		KIT CURATIVO SIMPLES		RUGINA	
CABO BISTURI		KIT NEBULIZAÇÃO		SACABOCADA	
CAMPO FENESTRADO 120X120		KIT RAQUIANESTESIA		SERRA DE GIGLE	
CAMPO FENESTRADO 40X40		LAP		TELA CIRÚRGICA	
CAMPO FENESTRADO 80X80		MANOPLAS		TESOURA	
CANETA BIPOLAR		MARTELO 200/300		TESOURA PONTA	

CANETA DE BISTURI		MASCARA DE VENTURI		TETACÂNULA	
CÂNULA DE GUEDEL		OSTEOTOMO		TOALHA INSTRUMENTAL	
CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA		PINÇA ADSON		TUBO DE SILICONE (LÁTEX)	
CHAVE DE BOCA 10		PINÇA ALLIS		VÁCUOS	
CIRCUITO DO VENTILADOR		PINÇA BACKAUS			
CLAMP INTESTINAL CURVA		PINÇA BULLDOG			
CLAMP INTESTINAL RETA		PINÇA CHERON			
COMPRESSAS (5 UND)		PINÇA COLLIN			
CUBA REDONDA		PINÇA CRILE CURVA			
CUBA RIM		PINÇA DISSECÇÃO			

Assinatura e Carimbo

PREVENÇÃO DE INFECÇÃO ASSOCIADA AO CATETER VENOSO CENTRAL

SETOR:		UNIDADE:	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
Nome:			
Nome Social:			
Data De Nascimento:		Idade:	Sexo:
Data da Inserção:	Hora:	Tipo de Dispositivo:	
Médico responsável pelo procedimento:			
Enfermeiro Responsável pelo Checklist de Inserção:			
INDICAÇÃO PARA INSERÇÃO DO CATETER VENOSO CENTRAL			
<input type="checkbox"/> Paciente sem real condição de acesso venoso periférico (venóclise)			
<input type="checkbox"/> Necessidade de monitorização hemodinâmica (medida de pressão venosa central)			
<input type="checkbox"/> Administração rápida de drogas, expansores de volume e hemoderivados			
<input type="checkbox"/> Acesso imediato para terapia dialítica			
<input type="checkbox"/> Administração concomitante de drogas incompatíveis entre si			
<input type="checkbox"/> Administração de soluções/medicamentos que não podem ser administrados por via periférica			
CHECKLIST DE INSERÇÃO DO CATETER			
MEDIDAS PREVENTIVAS		CONFORME	NÃO CONFORME
Médico realizou correta higienização das mãos			
Médico NÃO está usando adornos nas mãos			
Médico paramentado			
Equipe paramentada (enfermeiro, técnico)			
Antissepsia com clorexidine degermante 2%			
Antissepsia com clorexidine alcóolica (Duração de 30 segundos e secagem espontânea)			
Utilizado precaução máxima de barreira			
Tentativa única de punção			
Local de punção (não utilizar veia femoral como 1ª escolha)	1º Escolha:		
Fixação adequada da sutura			
Protetores colocados nos lúmens do cateter			
Primeiro curativo realizado pelo médico			
BUNDLE FINAL		POSITIVO ()	NEGATIVO ()
Confirmado posicionamento do cateter (Raio-X de tórax)			
Intercorrências durante procedimento:			
Observações:			
Data da remoção do cateter:			
Motivo da remoção do cateter:			
<i>Cateteres inseridos em situação de emergência ou sem utilização da barreira máxima devem ser trocados em até 48h</i>			

CHECKLIST DE MONITORAMENTO DIÁRIO DO CATETER VENOSO

Dias de cateter	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
Fixação Segura do Cateter																														
Ausência de sinais flogísticos																														
Sítio de inserção protegido																														
Curativo limpo																														
Curativo atualizado																														
Polifix protegido e sem sujidade																														
Necessidade de manter o Cateter																														
Assinatura do Enfermeiro																														
Data																														

ORIENTAÇÕES

Realizar a troca da cobertura com gaze e fita adesiva estéril a cada 48 horas e a troca com a cobertura estéril transparente a cada sete dias

Qualquer tipo de cobertura deve ser trocado imediatamente, independente do prazo, se estiver suja, solta ou úmida

Realizar desinfeção das conexões, conectores valvulados e *ports* de adição de medicamentos com solução antisséptica a base de álcool, com movimentos aplicados de forma a gerar fricção mecânica, de 5 a 15 segundos, antes da administração de medicamentos



HOSPITAL REGIONAL DE MONÇÃO



PRESCRIÇÃO DE PSICOTRÓPICOS E ENTORPECENTES



USO EXCLUSIVO DESTA UNIDADE

PACIENTE: _____

DIAGNÓSTICO: _____

SETOR: _____

DATA: ____/____/____

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

MEDICAMENTO: _____

APRESENTAÇÃO: _____

QUANTIDADE: _____

ENTREGUE POR: _____

RECEBIDO POR: _____

MONÇÃO: ____/____/____



HOSPITAL REGIONAL DE MONÇÃO



PRESCRIÇÃO DE PSICOTRÓPICOS E ENTORPECENTES



USO EXCLUSIVO DESTA UNIDADE

PACIENTE: _____

DIAGNÓSTICO: _____

SETOR: _____

DATA: ____/____/____

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

MEDICAMENTO: _____

APRESENTAÇÃO: _____

QUANTIDADE: _____

ENTREGUE POR: _____

RECEBIDO POR: _____

MONÇÃO: ____/____/____



HOSPITAL REGIONAL DE MONÇÃO



PRESCRIÇÃO DE PSICOTRÓPICOS E ENTORPECENTES



USO EXCLUSIVO DESTA UNIDADE

PACIENTE: _____

DIAGNÓSTICO: _____

SETOR: _____

DATA: ____/____/____

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

MEDICAMENTO: _____

APRESENTAÇÃO: _____

QUANTIDADE: _____

ENTREGUE POR: _____

RECEBIDO POR: _____

MONÇÃO: ____/____/____



HOSPITAL REGIONAL DE MONÇÃO



PRESCRIÇÃO DE PSICOTRÓPICOS E ENTORPECENTES



USO EXCLUSIVO DESTA UNIDADE

PACIENTE: _____

DIAGNÓSTICO: _____

SETOR: _____

DATA: ____/____/____

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

MEDICAMENTO: _____

APRESENTAÇÃO: _____

QUANTIDADE: _____

ENTREGUE POR: _____

RECEBIDO POR: _____

MONÇÃO: ____/____/____



DECLARAÇÃO DE ACOMPANHANTE

Declaro para os devidos fins que _____,
portador do RG. _____, e CPF. _____, residente
na _____ n _____, Bairro _____, cidade
_____, esteve nessa unidade hospitalar no periodo de
___/___/___ a ___/___/___ como acompanhante da paciente
_____ internada na _____,
deste hospital.

Monção-MA, de _____ de 202_.

Assistente Social

HOSPITAL GERAL DE MONÇÃO
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM
NANDA _____

Identificação do Paciente

Nome: _____ Data de Nascimento: ____/____/____
Enf _____ leito _____ Diagnóstico Médico: _____
DIH: ____/____/____ Data: ____/____/____

Domínio	Diagnóstico de Enfermagem	Fatores Relacionados	Resultado e meta
Nutrição	<input type="checkbox"/> Declutação prejudicada <input type="checkbox"/> Nutrição desequilibrada: menor que as necessidades corporais. <input type="checkbox"/> Volume de líquido excessivos. <input type="checkbox"/> Risco de glicemia instável <input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio eletrolítico. <input type="checkbox"/> _____		
Eliminação e troca	<input type="checkbox"/> Eliminação urinária prejudicada <input type="checkbox"/> Incontinência urinária de urgência <input type="checkbox"/> Retenção urinária <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Risco de Constipação <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Incontinência intestinal <input type="checkbox"/> Troca de gases prejudicada <input type="checkbox"/> _____		
Atividade/repouso	<input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Disposição para sono melhorado <input type="checkbox"/> Deambulação prejudicada <input type="checkbox"/> Levantar-se prejudicado <input type="checkbox"/> Mobilidade física prejudicada <input type="checkbox"/> Mobilidade no leito prejudicada <input type="checkbox"/> Fadiga <input type="checkbox"/> Débito cardíaco diminuído <input type="checkbox"/> Risco de débito cardíaco diminuído <input type="checkbox"/> Padrão respiratório ineficaz <input type="checkbox"/> Risco de perfusão cardíaca diminuída <input type="checkbox"/> Risco de pressão arterial instável <input type="checkbox"/> Resposta disfuncional ao desmame ventilatório <input type="checkbox"/> Intolerância à atividade <input type="checkbox"/> Risco de intolerância à atividade <input type="checkbox"/> Ventilação espontânea prejudicada <input type="checkbox"/> Déficit no Autocuidado para alimentação <input type="checkbox"/> Déficit no Autocuidado para o banho <input type="checkbox"/> Autonegligência <input type="checkbox"/> _____		
Percepção/cognição	<input type="checkbox"/> Confusão Aguda <input type="checkbox"/> Conhecimento Deficiente <input type="checkbox"/> Controle de impulsos ineficaz <input type="checkbox"/> Memória prejudicada <input type="checkbox"/> Comunicação verbal prejudicada <input type="checkbox"/> _____		

Auto percepção	<input type="checkbox"/> Desesperança <input type="checkbox"/> Baixa autoestima situacional <input type="checkbox"/> Distúrbio na imagem corporal		
Enfrentamento	<input type="checkbox"/> Risco de Síndrome do estresse por mudança <input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Enfrentamento Familiar comprometido <input type="checkbox"/> Sobrecarga de estresse <input type="checkbox"/> Ansiedade relacionado à morte <input type="checkbox"/> Enfrentamento defensivo <input type="checkbox"/> Enfrentamento familiar comprometido <input type="checkbox"/> Medo <input type="checkbox"/> Sentimento de impotência		
Segurança/ proteção	<input type="checkbox"/> Risco de infecção <input type="checkbox"/> Risco de infecção no sítio cirúrgico <input type="checkbox"/> Risco de Tromboembolismo venoso <input type="checkbox"/> Contaminação <input type="checkbox"/> Risco de Contaminação <input type="checkbox"/> Hipertermia <input type="checkbox"/> Hipotermia <input type="checkbox"/> Termo regulação ineficaz <input type="checkbox"/> Risco de aspiração <input type="checkbox"/> Risco de boca seca <input type="checkbox"/> Dentição prejudicada <input type="checkbox"/> Desobstrução ineficaz das vias aéreas <input type="checkbox"/> Integridade da membrana da mucosa oral prejudicada <input type="checkbox"/> Integridade da pele prejudicada <input type="checkbox"/> Risco de integridade da pele prejudicada <input type="checkbox"/> Risco de lesão <input type="checkbox"/> Risco de Lesão por pressão <input type="checkbox"/> Risco de quedas <input type="checkbox"/> Recuperação cirúrgica retardada <input type="checkbox"/> Risco de integridade testicular prejudicada <input type="checkbox"/> Risco de sangramento <input type="checkbox"/> Risco de suicídio <input type="checkbox"/> Risco de violência direcionada a outros		
Conforto	<input type="checkbox"/> Conforto prejudicado <input type="checkbox"/> Dor aguda <input type="checkbox"/> Dor crônica <input type="checkbox"/> Dor no trabalho de parto <input type="checkbox"/> Náusea <input type="checkbox"/> Isolamento social		

Assinatura do Enfermeiro: _____



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE MONÇÃO
SERVIÇO SOCIAL

ENTREVISTA SOCIAL



Data da Admissão: / / **Tipo de Admissão:** Urgência () NIR ()
Enfermaria/Leito: **Clínica:** **Emergência () Cirurgia Eletiva ()**

Dados do Paciente

Nome:
Raça/Cor: Branco () Preto () Pardo () Amarelo () Indígena () **Sexo:** F () M () Outro ()
Pai: **RG:**
Mãe: **CPF:**
Naturalidade/UF: **Idade:** **Data de Nascimento:** / /
Endereço: **Cidade:**
Cartão do Sus: **Contato:**
Est. Civil: Casado () Solteiro () Divorciado ()
() Viúvo () União Estável () **Profissão:**
Escolaridade: Ens. Fundamental () Ens. Médio () Ens. Superior. () Não Alfabetizado ()

Diagnóstico:

Saúde do Paciente

Deficiência: Física () Mental () Auditiva () Visual () Múltipla () Não possui ()
Depressão: Não () Sim () **Dependente Químico:** Não () Sim () **Etilista:** Não () Sim ()
Medicação Controlada: Não () Sim ()
Vítima de Violência: Não () Sim () **Qual?** Física () Doméstica () Psicológica () Sexual ()

Situação Sócia Econômica

Vínculo Trabalhista: CTL () Concurso () Contrato () Autônomo () Desempregado () Aposentado ()
Benefício Assistencial: Bolsa Família () BPC () Auxílio Doença () Outros () _____ Não Recebe ()
Nº de Integrantes que Trabalham: _____ **Nº de Dependentes:** _____
Renda Familiar em Salário mínimo (SM): Menos de 01 SM () 01 SM () Acima de 01 () 02 SM () Até ou Mais de 03 SM ()

Características da Moradia

Residência: Própria () Alugada () Cedida () Financiada ()
Zona Urbana () Zona Rural () **Fornecimento de Água:** CAEMA () Poço Artesiano () Poço ()
Rede de esgoto () Fossa Séptica (X) Fossa Seca () **Água Filtrada:** Não () Sim ()
Piso: Não () Sim () **Revestimento:** Não () Sim () **Tijolo () Adobe () Taipa ()**

Dados do (a) Acompanhante:

Nome: **Grau de Parentesco:**
Idade: **Contato 1:** **Contato 2:**
Nome: **Grau de Parentesco:**
Idade: **Contato 1:** **Contato 2:**

Informações Adicionais:

Data/Carimbo Profissional:

MATERIAL: _____
DATA: __/__/__ LOTE: _____
VAL.: __/__/__ CICLO: _____
RESP.: _____

MATERIAL: _____
DATA: __/__/__ LOTE: _____
VAL.: __/__/__ CICLO: _____
RESP.: _____

MATERIAL: _____
DATA: __/__/__ LOTE: _____
VAL.: __/__/__ CICLO: _____
RESP.: _____

MATERIAL: _____
DATA: __/__/__ LOTE: _____
VAL.: __/__/__ CICLO: _____
RESP.: _____

MATERIAL: _____
DATA: __/__/__ LOTE: _____
VAL.: __/__/__ CICLO: _____
RESP.: _____

MATERIAL: _____
DATA: __/__/__ LOTE: _____
VAL.: __/__/__ CICLO: _____
RESP.: _____

MATERIAL: _____
DATA: __/__/__ LOTE: _____
VAL.: __/__/__ CICLO: _____
RESP.: _____

MATERIAL: _____
DATA: __/__/__ LOTE: _____
VAL.: __/__/__ CICLO: _____
RESP.: _____

MATERIAL: _____
DATA: __/__/__ LOTE: _____
VAL.: __/__/__ CICLO: _____
RESP.: _____

MATERIAL: _____
DATA: __/__/__ LOTE: _____
VAL.: __/__/__ CICLO: _____
RESP.: _____

MATERIAL: _____
DATA: __/__/__ LOTE: _____
VAL.: __/__/__ CICLO: _____
RESP.: _____

MATERIAL: _____
DATA: __/__/__ LOTE: _____
VAL.: __/__/__ CICLO: _____
RESP.: _____

MATERIAL: _____
DATA: __/__/__ LOTE: _____
VAL.: __/__/__ CICLO: _____
RESP.: _____

MATERIAL: _____
DATA: __/__/__ LOTE: _____
VAL.: __/__/__ CICLO: _____
RESP.: _____

MATERIAL: _____
DATA: __/__/__ LOTE: _____
VAL.: __/__/__ CICLO: _____
RESP.: _____

MATERIAL: _____
DATA: __/__/__ LOTE: _____
VAL.: __/__/__ CICLO: _____
RESP.: _____

MATERIAL: _____
DATA: __/__/__ LOTE: _____
VAL.: __/__/__ CICLO: _____
RESP.: _____

MATERIAL: _____
DATA: __/__/__ LOTE: _____
VAL.: __/__/__ CICLO: _____
RESP.: _____

MATERIAL: _____
DATA: __/__/__ LOTE: _____
VAL.: __/__/__ CICLO: _____
RESP.: _____

MATERIAL: _____
DATA: __/__/__ LOTE: _____
VAL.: __/__/__ CICLO: _____
RESP.: _____

MATERIAL: _____
DATA: __/__/__ LOTE: _____
VAL.: __/__/__ CICLO: _____
RESP.: _____

MATERIAL: _____
DATA: __/__/__ LOTE: _____
VAL.: __/__/__ CICLO: _____
RESP.: _____

MATERIAL: _____
DATA: __/__/__ LOTE: _____
VAL.: __/__/__ CICLO: _____
RESP.: _____

MATERIAL: _____
DATA: __/__/__ LOTE: _____
VAL.: __/__/__ CICLO: _____
RESP.: _____

MATERIAL: _____
DATA: __/__/__ LOTE: _____
VAL.: __/__/__ CICLO: _____
RESP.: _____

MATERIAL: _____
DATA: __/__/__ LOTE: _____
VAL.: __/__/__ CICLO: _____
RESP.: _____

MATERIAL: _____
DATA: __/__/__ LOTE: _____
VAL.: __/__/__ CICLO: _____
RESP.: _____

MATERIAL: _____
DATA: __/__/__ LOTE: _____
VAL.: __/__/__ CICLO: _____
RESP.: _____

MATERIAL: _____
DATA: __/__/__ LOTE: _____
VAL.: __/__/__ CICLO: _____
RESP.: _____

MATERIAL: _____
DATA: __/__/__ LOTE: _____
VAL.: __/__/__ CICLO: _____
RESP.: _____

MATERIAL: _____
DATA: __/__/__ LOTE: _____
VAL.: __/__/__ CICLO: _____
RESP.: _____

MATERIAL: _____
DATA: __/__/__ LOTE: _____
VAL.: __/__/__ CICLO: _____
RESP.: _____

MATERIAL: _____
DATA: __/__/__ LOTE: _____
VAL.: __/__/__ CICLO: _____
RESP.: _____

MATERIAL: _____
DATA: __/__/__ LOTE: _____
VAL.: __/__/__ CICLO: _____
RESP.: _____

MATERIAL: _____
DATA: __/__/__ LOTE: _____
VAL.: __/__/__ CICLO: _____
RESP.: _____

MATERIAL: _____
DATA: __/__/__ LOTE: _____
VAL.: __/__/__ CICLO: _____
RESP.: _____

MATERIAL: _____
DATA: __/__/__ LOTE: _____
VAL.: __/__/__ CICLO: _____
RESP.: _____

MATERIAL: _____
DATA: __/__/__ LOTE: _____
VAL.: __/__/__ CICLO: _____
RESP.: _____

MATERIAL: _____
DATA: __/__/__ LOTE: _____
VAL.: __/__/__ CICLO: _____
RESP.: _____

MATERIAL: _____
DATA: __/__/__ LOTE: _____
VAL.: __/__/__ CICLO: _____
RESP.: _____

MATERIAL: _____
DATA: __/__/__ LOTE: _____
VAL.: __/__/__ CICLO: _____
RESP.: _____

MATERIAL: _____
DATA: __/__/__ LOTE: _____
VAL.: __/__/__ CICLO: _____
RESP.: _____

MATERIAL: _____
DATA: __/__/__ LOTE: _____
VAL.: __/__/__ CICLO: _____
RESP.: _____

MATERIAL: _____
DATA: __/__/__ LOTE: _____
VAL.: __/__/__ CICLO: _____
RESP.: _____

MATERIAL: _____
DATA: __/__/__ LOTE: _____
VAL.: __/__/__ CICLO: _____
RESP.: _____

MATERIAL: _____
DATA: __/__/__ LOTE: _____
VAL.: __/__/__ CICLO: _____
RESP.: _____

MATERIAL: _____
DATA: __/__/__ LOTE: _____
VAL.: __/__/__ CICLO: _____
RESP.: _____

MATERIAL: _____
DATA: __/__/__ LOTE: _____
VAL.: __/__/__ CICLO: _____
RESP.: _____

MATERIAL: _____
DATA: __/__/__ LOTE: _____
VAL.: __/__/__ CICLO: _____
RESP.: _____

MATERIAL: _____
DATA: __/__/__ LOTE: _____
VAL.: __/__/__ CICLO: _____
RESP.: _____

MATERIAL: _____
DATA: __/__/__ LOTE: _____
VAL.: __/__/__ CICLO: _____
RESP.: _____

MATERIAL: _____
DATA: __/__/__ LOTE: _____
VAL.: __/__/__ CICLO: _____
RESP.: _____

MATERIAL: _____
DATA: __/__/__ LOTE: _____
VAL.: __/__/__ CICLO: _____
RESP.: _____

MATERIAL: _____
DATA: __/__/__ LOTE: _____
VAL.: __/__/__ CICLO: _____
RESP.: _____

MATERIAL: _____
DATA: __/__/__ LOTE: _____
VAL.: __/__/__ CICLO: _____
RESP.: _____

MATERIAL: _____
DATA: __/__/__ LOTE: _____
VAL.: __/__/__ CICLO: _____
RESP.: _____

MATERIAL: _____
DATA: __/__/__ LOTE: _____
VAL.: __/__/__ CICLO: _____
RESP.: _____

MATERIAL: _____
DATA: __/__/__ LOTE: _____
VAL.: __/__/__ CICLO: _____
RESP.: _____

MATERIAL: _____
DATA: __/__/__ LOTE: _____
VAL.: __/__/__ CICLO: _____
RESP.: _____

MATERIAL: _____
DATA: __/__/__ LOTE: _____
VAL.: __/__/__ CICLO: _____
RESP.: _____

DATA __/__/__ TURNO () SD () SN



HOSPITAL REGIONAL DE MONÇÃO



SVD

1	CUBA REDONDA	1
2	PINÇA CHERON	1
3	CAMPO FENESTRADO M	1

ASSINATURA E CARIMBO

DATA __/__/__ TURNO () SD () SN



HOSPITAL REGIONAL DE MONÇÃO



SVD

1	CUBA REDONDA	1
2	PINÇA CHERON	1
3	CAMPO FENESTRADO M	1

ASSINATURA E CARIMBO

DATA __/__/__ TURNO () SD () SN



HOSPITAL REGIONAL DE MONÇÃO



SVD

1	CUBA REDONDA	1
2	PINÇA CHERON	1
3	CAMPO FENESTRADO M	1

ASSINATURA E CARIMBO

EVOLUÇÃO DE ENFERMEGEM

Paciente : _____ Prontuário _____ Data: _____ Hora _____ Data de Nascimento: _____ Idade: _____ Enfermaria/Leito _____

NEUROLÓGICO

Escala de Coma de Glasgow

Pupilas: () isocóricas () Anisocóricas () D>E () E> D
Miótica: () sim () não **Midriase:** () sim () não
Puntiforme: () sim () não

Sedação: () sim () não
Locomoção: () acamado () deambulando () com auxílio () sem auxílio () cadeirante

Pontuação da Graviade: **Normal** igual a 15 **Leve** 13 a 14 **Moderado** 9 a 12 **Grave** 8 a 3 **Total** _____

RESPIRATÓRIO

FR _____ MV/MIN

Ritimo: () eupneica () taquipneia () bradpneia () dispneia

Ventilação :

() espontânea () TOT nº _____
() VMI; modo ventilatório _____
FIO2 _____% Peep _____

Movimentos Ventilatórios:

() presente () diminuídos

Ruidos adventivos: _____

Tosse: () sim () não () produtiva () seca

Espectoração () não () sim quant/aspecto _____

CARDIOVASCULAR

FC _____ bpm PA _____ MMHg

Pulso periférico: () regular () irregular () ausente
() palpavel limiforme, ocluido por pressao leve
() Pulso normal, não ocluido com pressao leve
() Pulso forte

Prefusão periférica: () normal () diminuída > 2seg

turgidez jugular () sim () Não edma _____

() nenhum depressão () peq depressão do tecido

() depressão < 2seg () depressão < 3seg () depressão > 4seg

GASTROINTESTINAL

Alimentação: () VO () SNE () gastrotomia
Dieta: () boa aceitação () aceitação ruim
() jejunostomia () não aceita () zero motivo _____
Abdome: () Plano () Globoso () Escovado
() Distendido () Ascítico () Gravídico
Dor á palpação: () Ausente () presente

RHA: () Normais () diminuídos () aumentados
Percussões : () timpânico () hipertimpânico () maciço
() piparote
Suplementação () sim () Não
Eliminação intestinais: () normais () diarréia
() Constipação _____ dias () ostomia

RENAL

Eliminções : () Espontânea () SVD () Retenção () incontinência () anúria
Volume _____ ml _____ horas. Aspecto _____

TEGUMENTAR/ENDÓCRENO

Glcemia Capilar: _____ mg/lid
_____ °c

Temperatura: _____

Extremidades: () corado () Hipocorado () Cianótico
() Ictérico

LPP: () sim () não **Local:** _____ **Estágio** _____

CONTROLE DE CATERES, DRENOS E SONDAS

CATERES: AVP () MSD () MSE **data:** _____
CVC Local _____ **data** _____
() Dreno de tórax () HTD () HTE **Drenagem:** _____ ml
aspecto: _____

() Dreno de sucção **Local:** _____
Drenagem: _____ ml **aspecto:** _____
Dreno de penrose **Local:** _____
Drenagem: _____ ml
() SVD **drenagem** _____ ml **data** _____

CURATIVOS

Local: _____ Aspecto _____ Material utilizado _____
Local: _____ Aspecto _____ Material utilizado _____

INTERCORRÊNCIA PENDÊNCIAS:

ASSINATURA E CARIMBO DO ENFERMEIRO: _____

EVOLUÇÃO FISIOTERAPIA - ENFERMARIAS

PACIENTE: _____		IDADE: _____	
DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____		DIAGNÓSTICO CLINICO: _____	
DIAGNÓSTICO FUNCIONAL: _____			
ENFERMARIA: _____			
LEITO: _____		_____	
SSVV: PA: _____	FC: _____	FR: _____	SPO2: _____
NIVEL DE CONSCIÊNCIA:	<input type="checkbox"/> CONSCIENTE	<input type="checkbox"/> ORIENTADO	<input type="checkbox"/> AGITADO
	<input type="checkbox"/> INCONSCIENTE	<input type="checkbox"/> DESORIENTADO	<input type="checkbox"/> CONFUSO
RITMO	<input type="checkbox"/> EUPNÉICO	<input type="checkbox"/> TAQUIPNÉICO	<input type="checkbox"/> BRADPNÉICO
	<input type="checkbox"/> BRADCÁRDICO	<input type="checkbox"/> TAQUICARDICO	<input type="checkbox"/> NORMOCARDIO
SUPOTE VENTILATÓRIO:	<input type="checkbox"/> AA <input type="checkbox"/> CATETER NASAL _____ <input type="checkbox"/> MASCARA DE VENTURI _____% <input type="checkbox"/> MASCARA CONCENTRADORA _____ <input type="checkbox"/> OUTROS _____		
TOSSE:	<input type="checkbox"/> PRODUTIVA <input type="checkbox"/> IMPRODUTIVA <input type="checkbox"/> AUSENTE		
DOR: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	LOCAL: _____		
EDEMA: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	LOCAL: _____		
ALTERAÇÃO MOTORA: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	QUAL: _____		
GRAU DE FORÇA MUSCULAR:	MOBILIZAÇÃO PRECOCE:		
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4		
ALTERAÇÃO DE SENSIBILIDADE: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO QUAL: _____			
CONDUTA: MOTORA: <input type="checkbox"/> ATIVA <input type="checkbox"/> PASSIVA <input type="checkbox"/> RESISTIDO <input type="checkbox"/> ATIVO RESISTIDO			
RESPIRATÓRIA: <input type="checkbox"/> MHB <input type="checkbox"/> MRP <input type="checkbox"/> O ² <input type="checkbox"/> RPPI <input type="checkbox"/> VNI <input type="checkbox"/> OUTRO: _____			
<input type="checkbox"/> MOV. PASSIVA LEITO <input type="checkbox"/> MOV. ATIVO-ASSISTIDO LEITO <input type="checkbox"/> MOV. ATIVO LEITO <input type="checkbox"/> MOV. RESISTIDO			
<input type="checkbox"/> SEDESTAÇÃO BEIRA-LEITO <input type="checkbox"/> SEDESTAÇÃO POLTRONA			
<input type="checkbox"/> ORTOSTATISMO <input type="checkbox"/> MARCHA ESTACIONÁRIA <input type="checkbox"/> CICLOERGÔMETRO <input type="checkbox"/> DEAMBULAÇÃO			
OUTRA CONDUTA: _____			
AUSCULTA PULMONAR:			
TIPO DE SECREÇÃO: <input type="checkbox"/> PURULENTO <input type="checkbox"/> MUCOPURULENTO <input type="checkbox"/> SANGUINOLENTO <input type="checkbox"/> FLUIDA			
<input type="checkbox"/> ESPESSE <input type="checkbox"/> AUSENTE <input type="checkbox"/> OUTRA _____			
OBSERVAÇÕES GERAIS:			

DATA: ____/____/____

FISIOTERAPEUTA SD () SN ()

HOSPITAL REGIONAL DE MONÇÃO			
SERVIÇO DE PSICOLOGIA HOSPITALAR			
EVOLUÇÃO PSICOLÓGICA DIÁRIA			
NOME			
IDADE	DATA DE NASCIMENTO: __/__/__	SETOR:	ENFERMARIA/LEITO:
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA CLÍNICA INICIAL:			
LIMITAÇÕES/ATENDIMENTOS			
PATOLOGIA LIMITANTE: () SIM () NÃO – SE SIM ASSINALAR LIMITAÇÃO: () AUDITIVA () VISUAL () MOTORA () FALA OUTROS: _____ ATENDIMENTO PSICOLÓGICO: () PACIENTE () FAMILIAR/ACOMPANHANTE RESPOSTAS DE AVALIAÇÃO DIÁRIA: () PACIENTE () FAMILIAR/ACOMPANHANTE			
ASPECTOS COGNITIVOS, EMOCIONAIS E INTER-RELACIONAIS			MANIFESTAÇÕES COMPORTAMENTAIS E EMOCIONAIS RELACIONADAS A DOENÇA E AO PROCESSO DE HOSPITALIZAÇÃO
	PRESERVADO	NÃO PRESERVADO	RELACIONAMENTO INTERPESSOAL: () PRESERVADA () NÃO PRESERVADA
CONSCIÊNCIA	()	()	
ATENÇÃO	()	()	FAMILIAR () PRESENTE () AUSENTE
ORIENTAÇÃO	()	()	
PENSAMENTO	()	()	
MEMÓRIA	()	()	
LINGUAGEM	()	()	
AFETO/HUMOR	()	()	
MANIFESTAÇÕES COMPORTAMENTAIS E EMOCIONAIS RELACIONADAS À DOENÇA E AO PROCESSO DE HOSPITALIZAÇÃO			
() DESCONFIANÇA () FANTASIAS () REGRESSÃO () FRUSTAÇÃO () IPOTÊNCIA () DEPENDÊNCIA () CONFORMISMO () SENSACÃO DE ABANDONO () ISOLAMENTO () AFETUOSIDADE () ESPERANÇA () ADESAO () OUTROS: _____			
ENCAMINHAMENTO			
() NÃO () SIM, PARA: _____			
OCORRÊNCIAS/INTERCORRÊNCIAS			
_____ PSICÓLOGO (A) RESPONSÁVEL			
OBSERVAÇÃO: Em respeito ao previsto nos artigos 9º e 12 do código de Ética Profissional do Psicólogo e ao Artigo 6º e seu parágrafo único da Resolução 001/2009 do Conselho Federal de Psicologia, devem ser registradas neste documento apenas as informações necessárias à assistência multiprofissional e interdisciplinar ao paciente.			

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual	ATENDIMENTO ANTI-RÁBICO HUMANO		Código (CID10) W 64	3 Data da Notificação	
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)			
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data do Atendimento		
	8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento			
Notificação Individual	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante 1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado	13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado		
	14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica					
	15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe			
	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito		
Dados de Residência	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)		Código	
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1		
	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência		27 CEP	
	28 (DDD) Telefone		29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)		
Dados Complementares do Caso						
Antecedentes Epidemiológicos	31 Ocupação					
	32 Tipo de Exposição ao Vírus Rábico 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Contato Indireto <input type="checkbox"/> Arranhadura <input type="checkbox"/> Lambadura <input type="checkbox"/> Mordedura <input type="checkbox"/> Outro					
	33 Localização 1 - Sim 2 - Não 3 - Desconhecida <input type="checkbox"/> Mucosa <input type="checkbox"/> Cabeça/Pescoço <input type="checkbox"/> Mãos/Pés <input type="checkbox"/> Tronco <input type="checkbox"/> Membros Superiores <input type="checkbox"/> Membros Inferiores					
	34 Ferimento 1 - Único 2 - Múltiplo 3- Sem ferimento 9 - Ignorado		35 Tipo de Ferimento 1 - Sim 2 - Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Profundo <input type="checkbox"/> Superficial <input type="checkbox"/> Dilacerante			
	36 Data da Exposição		37 Tem Antecedentes de Tratamento Anti-Rábico ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Pré-Exposição <input type="checkbox"/> Pós-Exposição			
	38 Se Houve, quando foi concluído? 1 - Até 90 dias 2 - Após 90 dias		39 Nº de Doses Aplicadas			
	40 Espécie do Animal Agressor 1 - Canina 2 - Felina 3 - Quiróptera (Morcego) 4 - Primata (Macaco) 5 - Raposa 6 - Herbívoro doméstico (especificar) 7 - Outra					
41 Condição do Animal para Fins de Conduta do Tratamento 1 - Sadio 2 - Suspeito 3 - Raivoso 4 - Morto/ Desaparecido			42 Animal Passível de Observação ? (Somente para Cão ou Gato) 1 - Sim 2 - Não			
Tratamento Atual	43 Tratamento Indicado 1 - Pré Exposição 2 - Dispensa de Tratamento 3 - Observação do animal (se cão ou gato) 4 - Observação + Vacina 5 - Vacina 6 - Soro + Vacina 7 - Esquema de Reexposição					
	Vacina 44 Laboratório Produtor Vacina 1 - Instituto Butantan 2 - Instituto Vital Brasil 3 - Aventis Pasteur 4- Outro Especificar					
	45 Número do Lote		46 Data do Vencimento			

FICHA DE CURATIVO INFECTADO

NOME PACIENTE: _____

ENFERMEIRO: _____

SETOR: _____

DATA: ____/____/____

Ficha para registro de observação e identificação das expressões cinésicas dos clientes com feridas infectadas e não infectadas, cirúrgicas no Pós-operatório durante a realização das técnicas de Curativos.

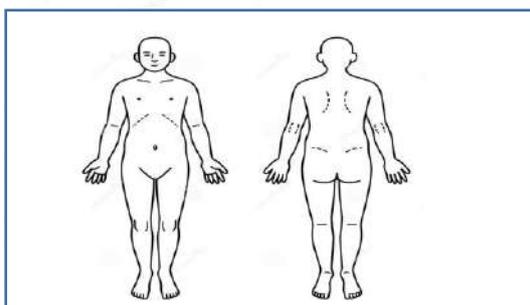
Obs.: todo curativo secreto e infectado realizar 02x ao dia.

Obs2.: não Esquecer de anexar data e nome no curativo após realizado.

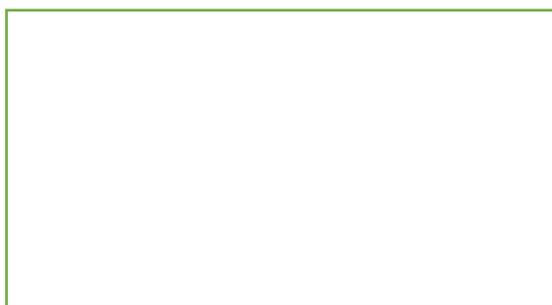
Descrição da Lesão.

Tipos de curativos: Hidrocoloide () Carvão Ativado com Prata () Hidrogel () Alginato de Cálcio e Sódio () Papaína () Solução PHMB GEL () Sulfadiazina de Prata () AGE ()
Tipo de feridas: Aguda () Crônica () Simples () Complexas ()
Materiais utilizado: Soro fisiológico () Gaze () Compressas () Luva Estéril () Clorexidina () Álcool 70% () luva de Procedimento () Clorexidina Alcoólica () Solução PHMB LIQUIDO ()

Marque o Local da Ferida:



Desenhe a Ferida



Assinatura e Carimbo do Enfermeiro

CURATIVOS	D0	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10	D11	D12	D13	D14	D15
INFECTADOS																
ASSINATURA DO PROFISSIONAL																

OBSERVAÇÕES: _____

ACIDENTES POR ANIMAIS PEÇONHENTOS

CASO CONFIRMADO: Paciente com evidências clínicas de envenenamento, específicas para cada tipo de animal, independentemente do animal causador do acidente ter sido identificado ou não.
Não há necessidade de preenchimento da ficha para casos suspeitos.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual	2 Agravado/doença ACIDENTES POR ANIMAIS PEÇONHENTOS		Código (CID10) X 29	3 Data da Notificação	
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)			
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data dos Primeiros Sintomas			
Notificação Individual	8 Nome do Paciente			9 Data de Nascimento		
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9- Ignorado	13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado		
	14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica					
	15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe			
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito		
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)		Código	
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1		
	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência		27 CEP	
	28 (DDD) Telefone		29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)		
	Dados Complementares do Caso					
Antecedentes Epidemiológicos	31 Data da Investigação		32 Ocupação		33 Data do Acidente	
	34 UF	35 Município de Ocorrência do Acidente:	Código (IBGE)	36 Localidade de Ocorrência do Acidente:		
	37 Zona de Ocorrência 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		38 Tempo Decorrido Picada/Atendimento 1) 0-1h 2) 1-3h 3) 3-6h 4) 6-12h 5) 12-24 h 6) 24 e + h 9) Ignorado			
39 Local da Picada 01 - Cabeça 02 - Braço 03 - Ante-Braço 04 - Mão 05 - Dedo da Mão 06 - Tronco 07 - Coxa 08 - Perna 09 - Pé 10 - Dedo do Pé 99 - Ignorado						
Dados Clínicos	40 Manifestações Locais 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		41 Se Manifestações Locais Sim, especificar: 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Equimose <input type="checkbox"/> Necrose <input type="checkbox"/> Outras (Espec.) _____			
	42 Manifestações Sistêmicas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	43 Se Manifestações Sistêmicas Sim, especificar: 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> neurológicas (ptose palpebral, turvação visual) <input type="checkbox"/> hemorrágicas (gengivorragia, outros sangramentos) <input type="checkbox"/> vagais (vômitos, diarreias) <input type="checkbox"/> miolíticas/hemolíticas (mialgia, anemia, urina escura) <input type="checkbox"/> renais (oligúria/anúria) <input type="checkbox"/> Outras (Espec.) _____			44 Tempo de Coagulação 1 - Normal 2 - Alterado 9 - Não realizado	
Dados do Acidente	45 Tipo de Acidente 1 - Serpente 2 - Aranha 3 - Escorpião 4 - Lagarta 5 - Abelha 6 - Outros 9 - Ignorado		46 Serpente - Tipo de Acidente 1 - Botrópico 2 - Crotálico 3 - Elapídico 4 - Laquético 5 - Serpente Não Peçonhenta 9 - Ignorado			
	47 Aranha - Tipo de Acidente 1 - Foneutrismo 2 - Loxoscelismo 3 - Latrodectismo 4 - Outra Aranha 9 - Ignorado		48 Lagarta - Tipo de Acidente 1 - Lonomia 2 - Outra lagarta 9 - Ignorado			

Tratamento	49 Classificação do Caso <input type="checkbox"/> 1 - Leve 2 - Moderado 3 - Grave 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>		50 Soroterapia <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	
	51 Se Soroterapia Sim, especificar número de ampolas de soro:			
	Antibotrópico (SAB) <input type="text"/>	Anticrotático (SAC) <input type="text"/>	Antiaracnídico (SAAr) <input type="text"/>	
	Antibotrópico-laquético (SABL) <input type="text"/>	Antielaipídico (SAE) <input type="text"/>	Antiloxoscélico (SALox) <input type="text"/>	
Antibotrópico-crotático (SABC) <input type="text"/>	Antiescorpionico (SAEs) <input type="text"/>	Antilonômico (SALon) <input type="text"/>		
Conclusão	52 Complicações Locais <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		53 Se Complicações Locais Sim, especificar: 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
			<input type="checkbox"/> Infecção Secundária	<input type="checkbox"/> Necrose Extensa
			<input type="checkbox"/> Síndrome Compartimental	<input type="checkbox"/> Déficit Funcional
			<input type="checkbox"/> Amputação	
54 Complicações Sistêmicas <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		55 Se Complicações Sistêmicas Sim, especificar: 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
		<input type="checkbox"/> Insuficiência Renal	<input type="checkbox"/> Insuficiência Respiratória / Edema Pulmonar Agudo	
		<input type="checkbox"/> Septicemia	<input type="checkbox"/> Choque	
56 Acidente Relacionado ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		57 Evolução do Caso <input type="checkbox"/> 1-Cura 2-Óbito por acidentes por animais peçonhentos 3-Óbito por outras causas 9-Ignorado		
		58 Data do Óbito <input type="text"/>		
		59 Data do Encerramento <input type="text"/>		

Acidentes com animais peçonhentos: manifestações clínicas, classificação e soroterapia

Tipo		Manifestações Clínicas	Tipo Soro	Nº ampolas
OFIDISMO	Botrópico <i>jararaca jararacuçu urutu caíçaca</i>	Leve: dor, edema local e equimose discreto	SAB	2 - 4
		Moderado: dor, edema e equimose evidentes, manifestações hemorrágicas discretas		4 - 8
		Grave: dor e edema intenso e extenso, bolhas, hemorragia intensa, oligoanúria, hipotensão		12
	Crotático <i>cascaivel boicininga</i>	Leve: ptose palpebral, turvação visual discretos de aparecimento tardio, sem alteração da cor da urina, mialgia discreta ou ausente	SAC	5
		Moderado: ptose palpebral, turvação visual discretos de início precoce, mialgia discreta, urina escura		10
		Grave: ptose palpebral, turvação visual evidentes e intensos, mialgia intensa e generalizada, urina escura, oligúria ou anúria		20
Laquético <i>surucuru pico-de-jaca</i>	Moderado: dor, edema, bolhas e hemorragia discreta	SABL	10	
	Grave: dor, edema, bolhas, hemorragia, cólicas abdominais, diarreia, bradicardia, hipotensão arterial		20	
Elapídico <i>coral verdadeira</i>	Grave: dor ou parestesia discreta, ptose palpebral, turvação visual	SAEL	10	
ESCORPIONISMO	Escorpionico <i>escorpião</i>	Leve: dor, eritema e parestesia local	SAEsc ou SAA	---
		Moderado: sudorese, náuseas, vômitos ocasionais, taquicardia, agitação e hipertensão arterial leve		2 - 3
		Grave: vômitos profusos e incoercíveis, sudorese profusa, prostração, bradicardia, edema pulmonar agudo e choque		4 - 6
ARANEISMO	Loxoscélico <i>aranha-marrom</i>	Leve: lesão incaracterística sem aranha identificada	SAA ou SALox	---
		Moderado: lesão sugestiva com equimose, palidez, eritema e edema enduredo local, cefaléia, febre, exantema		5
		Grave: lesão característica, hemólise intravascular		10
	Foneutrismo <i>aranha-armadeira aranha-da-banana</i>	Leve: dor local	SAA	---
Moderado: sudorese ocasional, vômitos ocasionais, agitação, hipertensão arterial		2 - 4		
Grave: sudorese profusa, vômitos freqüentes, priapismo, edema pulmonar agudo, hipotensão arterial		5 - 10		
LONOMIA	<i>taturana oruga</i>	Leve: dor, eritema, adenomegalia regional, coagulação normal, sem hemorragia	SALon	---
		Moderado: alteração na coagulação, hemorragia em pele e/ou mucosas		5
		Grave: alteração na coagulação, hemorragia em vísceras, insuficiência renal		10

Informações complementares e observações

Anotar todas as informações consideradas importantes e que não estão na ficha (ex: outros dados clínicos, dados laboratoriais, laudos de outros exames e necrópsia, etc.)

Investigador	Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde	
	Nome	Função	Assinatura	

SINAN

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

FICHA DE INVESTIGAÇÃO DENGUE E FEBRE DE CHIKUNGUNYA

Nº

Caso suspeito de dengue: pessoa que viva ou tenha viajado nos últimos 14 dias para área onde esteja ocorrendo transmissão de dengue ou tenha presença de *Ae. aegypti* que apresente febre, usualmente entre 2 e 7 dias, e apresente duas ou mais das seguintes manifestações: náuseas, vômitos, exantema, mialgias, cefaléia, dor retroorbital, petéquias ou prova do laço positiva e leucopenia.

Caso suspeito de Chikungunya: febre de início súbito e artralgia ou artrite intensa com início agudo, não explicado por outras condições, que resida ou tenha viajado para áreas endêmicas ou epidêmicas até 14 dias antes do início dos sintomas, ou que tenha vínculo epidemiológico com um caso importado confirmado.

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual		
	2	Agravado/doença		1- DENGUE 2- CHIKUNGUNYA	<input type="checkbox"/>	
	4		UF	5	Município de Notificação	Código (IBGE)
	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7	Data dos Primeiros Sintomas

Notificação Individual	8	Nome do Paciente			9	Data de Nascimento
	10	(ou) Idade	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11	Sexo	M - Masculino F - Feminino I - Ignorado
	12	Gestante	1-1º Trimestre 4 - Idade gestacional 9 - Ignorado	2-2º Trimestre 5 - Não	3-3º Trimestre 6 - Não se aplica	<input type="checkbox"/>
	13	Raça/Cor		1-Branca 4-Parda 5-Indígena	2-Preta 3-Amarela 9-Ignorado	<input type="checkbox"/>

14 **Escolaridade**
0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau)
3-5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau)
6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica

15 Número do Cartão SUS

16 Nome da mãe

Dados de Residência	17	UF	18	Município de Residência	Código (IBGE)	19	Distrito
	20	Bairro		21	Logradouro (rua, avenida,...)		Código
	22	Número	23	Complemento (apto., casa, ...)		24	Geo campo 1
	25	Geo campo 2		26	Ponto de Referência		27

28 (DDD) Telefone

29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado

30 País (se residente fora do Brasil)

Dados clínicos e laboratoriais

Inv.	31	Data da Investigação	32	Ocupação
------	----	----------------------	----	----------

Dados clínicos	33	Sinais clínicos		1-Sim 2- Não										
	<input type="checkbox"/>	Febre	<input type="checkbox"/>	Cefaleia	<input type="checkbox"/>	Vômito	<input type="checkbox"/>	Dor nas costas	<input type="checkbox"/>	Artrite	<input type="checkbox"/>	Petéquias	<input type="checkbox"/>	Prova do laço positiva
	<input type="checkbox"/>	Mialgia	<input type="checkbox"/>	Exantema	<input type="checkbox"/>	Náuseas	<input type="checkbox"/>	Conjuntivite	<input type="checkbox"/>	Artralgia intensa	<input type="checkbox"/>	Leucopenia	<input type="checkbox"/>	Dor retroorbital
	34	Doenças pré-existentes		1-Sim 2- Não 9-Ignorado										
<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	Hepatopatias	<input type="checkbox"/>	Hipertensão arterial	<input type="checkbox"/>	Doenças auto-imunes							
<input type="checkbox"/>	Doenças hematológicas	<input type="checkbox"/>	Doença renal crônica	<input type="checkbox"/>	Doença ácido-péptica									

Dados laboratoriais	35		36		37		38	
	Data da Coleta da 1ª Amostra (S1)		Data da Coleta da 2ª Amostra (S2)		Exame PRNT		Resultado	
					Data da Coleta		S1 <input type="checkbox"/> S2 <input type="checkbox"/> PRNT <input type="checkbox"/>	
							1 - Reagente 2 - Não Reagente 3 - Inconclusivo 4 - Não Realizado	
	39		40		41		42	
	Data da Coleta		Resultado		Data da Coleta		Resultado	
		1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4 - Não realizado				1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4 - Não realizado		
43		44		45		46		
Isolamento		Resultado		RT-PCR		Resultado		
Data da Coleta		1 - Positivo 2 - Negativo - Inconclusivo 4 - Não Realizado		Data da Coleta		1 - Positivo 2 - Negativo - Inconclusivo 4 - Não Realizado		
47		48		49				
Sorotipo		Histopatologia		Imunohistoquímica				
1- DENV 1 2- DENV 2 3- DENV 3 4 - DENV 4		1- Compatível 2-Incompatível 3- Inconclusivo 4 - Não realizado		1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4 - Não realizado				

HOSPITAL REGIONAL DE MONÇÃO

Nome: _____ Reg.: _____

DATA	FOLHA DE EVOLUÇÃO
____/____/____	
____/____/____	
____/____/____	
____/____/____	
____/____/____	
____/____/____	
____/____/____	
____/____/____	

Procedimento Solicitado		Procedimento Principal		Código do leito		Caráter de Atendimento	
CID principal		CID secundário		Enfermaria		ESPECIALIDADE	
Mot. Saída/Perm:		CID Causa Morte:		CID Causa associada			
CNS MÉDICO SOLICITANTE				CNS MÉDICO RESPONSÁVEL			
CNS MÉDICO AUDITOR							
				Data de Autorização	___/___/202__	Data da Alta	___/___/202__

Nº	PROCEDIMENTO	QTD	PROFISSIONAL	CBO	CNES	COMPT/ANO	APURAR PARA
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							

Procedimento Solicitado		Procedimento Principal		Especialidade do leito		Caráter de Atendimento	
CID principal		CID secundário		Enfermaria		ESPECIALIDADE	
Mot. Saída/Perm:		CID Causa Morte:		CID Causa associada			
CNS MÉDICO SOLICITANTE				CNS MÉDICO RESPONSÁVEL			
CNS MÉDICO AUDITOR							
				Autorização	___/___/202__	Data da Alta	___/___/202__

Nº	PROCEDIMENTO	QTDE	PROFISSIONAL	CBO	CNES	COMPT/ANO	APURAR PARA
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							

GASTO DE MATERIAL E MEDICAMENTO

Nome do Paciente				
Prontuário N°	Data da Operação	Sala N°	Enfermaria	Leito
Hora de Entrada na S.O	Hora Início da Cirurgia	Hora Término da Cirurgia	Hora da Saída	
Cirurgião				
Auxiliar		Cirurgia		
Anestesista				
Tipo de Anestesia		Início da Anestesia	Término da Anestesia	

RELAÇÕES DOS MATERIAIS E MEDICAMENTOS UTILIZADOS NA CIRURGIA

QUANT.	MATERIAL	QUANT.	MATERIAL	QUANT.	MATERIAL	QUANT.	MATERIAL
	Agulha 13x4,5		Esponja Gel N°		SOLUÇÕES		ANTIBIÓTICOS
	Agulha 25x7		Cottonoide N°		Álcool 70%		Ampicilina
	Agulha 30x7		Surgicel		Álcool 90%		Cefalotina
	Agulha 30x8		Tela Eprolene		PVPI tópico		Cefazolina
	Agulha 40x12		Faixa Smarch N°		PVPI Degermante		SOROS
	Agulha raqui N°		Compressas de gazes		Vaselina líquida		Fisiológico 250ml
	Agulha peridural		Gaze Vaselinada		Formol		Fisiológico 500ml
	Seringa 1ml		Algodão Ortopédico		Água oxigenada		Fisiológico 5% 250ml
	Seringa 5ml		Atadura Crepom N°		ANESTÉSICOS		Fisiológico 5% 500ml
	Seringa 10ml		Esparadrapo Microp.		Xylocaina Gel		Ringer Lactado 500ml
	Seringa 20ml		Esparadrapo Comum		Xylocaina Spray		PSICOTRÓPICOS
	Seringa 50ml		Touca com elástico		Xylocaina 2% S/V		Midazolam 15mg
	Cateter Jelco N° 14		Sapatilha (prope)		Xylocaina Pomada		Midazolam 50mg
	Cateter Jelco N° 16		Mascara		Neocaina Pesada		Domotidolossal
	Cateter Jelco N° 18		Escova Degernação		Neocaina 0,5 % S/V		Fentanil frasco
	Cateter Jelco N° 22				Neocaina 0,5 % C/V		Fentanil ampola
	Cateter Jelco N° 24				MEDICAMENTOS		Propofol
	Cateter óculos				Adrenalina		Halotano
	Cateter Peridural		FIOS AGULHADOS		Aminofilina		Enflurano
	Scalp N° 19		Mononylon N° 0		Atropina		Isoflurano
	Scalp N° 21		Mononylon N° 1,0		Água destilada		Sevofurano 100mg
	Scalp N° 23		Mononylon N° 2,0		Buscopam		Sevofurano 250mg
	Scalp N° 25		Mononylon N° 3,0		Cedilanide		Thiopental 1g
	Scalp N°27		Mononylon N° 4,0		Cortisol 100mg		Thiopental
	Equipo inj. Lateral		Mononylon N° 5,0		Cortisol 500mg		Narcan
	Equipo Polifix 2vias		Mononylon N° 6,0		Kcl		TAXA DE EQUIPAMEN.
	Equipo Polifix 4vias		Polycot N° 1,0		Nacl 10%		Bisturi Elétrico
	Equipo Macrogotas		Polycot N° 2,0		Nacl 20%		Aspirador
	Equipo de Sangue		Polycot N° 3,0		Decadron		Ar Comprimido
	Dreno Penrose N°		Polycot N° 4,0		Dipirona		Microscópio
	Dreno Sucção N°		Polycot N° 5,0		Debulamina		RX em Sala
	Dreno Tórax Kit N°		Polycot N° 6,0		Efedrina		Monitor Cardíaco
	Urofix Sist. Aberto		Vicryl N° 0		Efortil		Oxímetro de Pulso
	Urofix Sis. Fechado		Vicryl N° 1,0		Furosemida		Carro de Anestesia
	Eletrodos		Vicryl N° 2,0		Fenergran		Oxigênio(h)
	Prestobarba		Vicryl N° 3,0		Glicose 25%		
	Lamina Bisturi N°		Vicryl N° 4,0		Glicose 50%		
	Lamina de Gillete		Vicryl N° 5,0		Gentamicina		
	Luva Estéril N° 7,0		Vicryl N° 6,0		Gliconato de cálcio		
	Luva Estéril N° 7,5		CatGut Simples N°1,0		Heparina		
	Luva Estéril N° 8,0		CatGut Simples N°2,0		Nipride		
	Luva Estéril N° 8,5		CatGut Simples N°3,0		Prostigimine		
	Luva de Procedimento		CatGut Simples N°4,0		Plasil		
	Sonda de Foley		CatGut Simples N°5,0		Queficin		
	Tubo Oro traqueal		CatGut Simples N°6,0		Sulfato de magnésio		
	Cânula Traqueostomia		FIOS SUTUPACK		Solumendrol		
	Sonda Aspiraço N°		Cera de Osso		Cataflan		
	Sonda Gástrica N°						

INSTRUMENTADOR:

CIRCULANTE:

--	--

HOSPITAL REGIONAL DE MONÇÃO

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM**

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome (completo): _____ Prontuário: _____
 Data de Nascimento: _____ Sexo: () M () F Idade: _____ Enfermaria/Leito: _____ Data
 da Admissão: _____ Peso/ altura: _____ Religião: _____ Profissão: _____
 Naturalidade: _____ Nacionalidade: _____

Procedência: _____ **Entrevista:** () Relato do paciente () Membro da família _____
 () Não há possibilidade de coleta () Outros _____

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Hipótese Diagnóstica: _____
 Motivo da hospitalização /Queixa principal: _____

ANTECEDENTES PESSOAIS

Doenças/Distúrbios: Hipertensão () Diabetes () Obesidade () Hipotireoidismo () Hipertireoidismo () Câncer () Cardiopatia () AVC
 () Outros _____ **Medicamentos em uso (nome/dose):** _____

Fatores de Risco: Tabagismo () Etilismo () Sedentarismo () Dislipidemia () Outros _____

Cirurgia realizada anteriormente: _____

Uso de hemoderivados/reacção anteriormente _____

Antecedentes Familiares: Hipertensão () Diabetes () Obesidade () Câncer () Cardiopatia () Outros _____

NECESSIDADES PSICOBIOLOGÍCAS

Cuidado Corporal: () Higiene adequada () Higiene deficiente () Higiene precária
Sono e Repouso: () Preservado () Regular () Sonolência () Inverte o dia coma noite () Insônia
Eliminação Urinária: Espontâneo () Cateterismo intermitente () SVD () Outros _____
Distúrbio Micção: Disúria () Polaciúria () Poliúria () Oligúria () Anúria () Nictúria () Incontinência () Retenção Urinária () Paraurese
 () Outros _____
Eliminação Intestinal: Regular () Constipação () Colostomia () Incontinência () Diarréia ()
Nutrição: Oral () SNE () Aberta: _____ Fechada: _____ Jejum _____ horas
Oxigenação: Ar ambiente () Cateter de oxigênio () Máscara de Venturi () Traqueostomia () Outros _____
Sinais Vitais: PA: _____ mmHG FC: _____ BPM FR: _____ mv/min TAX: _____ °C SPO2: _____

EXAME FÍSICO NEUROLÓGICO

Nível de Consciência: () consciente () inconsciente () orientado () desorientado () agitado () confuso
Pupilas: () isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D **Fotorreagentes:** () sim () não
Miótica: () sim () não **Midriase:** () sim () não **puntiforme:** () sim () não

Pontuação da Graviade: Normal igual a 15
 Leve 13 a 14 Moderado 9 a 12 Grave 8 a 3
Total _____

Escala de Coma de Glasgow:

	Abertura Ocular		Resposta Verbal		Resposta Motora
4	Espontânea	5	Orientado	6	Obedece ordens Verbais
3	Ao comando Verbal	4	Desorientado	5	Localiza dor
2	Á Dor	3	Palavras Inapropriadas	4	Flexão Inespecífica
1	Não abre	2	Sons Incompatíveis	3	Flexão Hipertônica
		1	Sem Resposta	2	Extensão Hipertônica
				1	Sem Resposta

EXAME FÍSICO (CABEÇA E PESCOÇO)

Crânio: () Sem anormalidade () Incisão () Deformidade
Dispositivos: () Drenos () Derivação () Outros _____
Couro Cabeludo: () Sem alteração () Alopecia () Cicatriz () Lesão
Olhos: () sem alteração () Hiperemia () Nistagmo () Uso de óculos
 () Uso de lentes corretivas () Catarata () Diminuição da acuidade visual ()
 Deficiência visual () Outros _____
Classificação pupilar: () Isocóricas - normais () Anisocoria () Midriase ()
 Miose () Fotorreagentes
Nariz: () Sem alteração () Coriza () Epistaxe () Congestão Obstrução ()
Cavidade Oral: Externa: () Sem alteração () Seca () Ulcerações
 Outros: _____
Interna: () Uso de prótese () Desdentado total () Desdentado parcial
 Outros: _____
Ouvido: () Sem alteração () Diminuição da acuidade auditiva ()
 Aparelho auditivo
Pescoço: (Sem alteração () Traqueostomia () Turgência de jugulares
 () Gânglios palpáveis ()

SISTEMA TEGUMENTAR E MUCOSA

Pele:
Turgor: Turgor normal - hidratada () Turgor diminuído - desidratado () Outros: _____
Coloração: sem alteração () Palidez () Vermelhidão ou Eritrose () Icterícia () Cianose () Albinismo () Outros: _____
Umidade: Sem alteração () Pele seca () Pele sudorente () Outros: _____
Sensibilidade: sem alteração () Dolorosa () Tátil () Térmica () Outros: _____
Textura: sem alteração () Pele lisa () Pele fina () Pele áspera () Pele enrugada () Outros: _____
Integridade: Lesão () Hematoma () Edema () LPP () Cicatriz () Incisão cirúrgica () Local: _____
Lesão por pressão: Sim () Não () **Descrever loca/estágio/aspecto/profundidade:** _____
Mucosa: Sem alteração () Avermelhada () Esbranquiçada () Lesões () Desidratada () Outros: _____

SISTEMA RESPIRATÓRIO

Tórax: () Simétrico () Assimétrico () Fratura) Outro: _____
Ausculta Pulmonar: () Pulmões livres () Estertores () Sibilos () Creptos () Roncos Outro: _____
Padrão Respiratório: Eupnéico () Dispnéia () Bradipnéia () Taquipnéia () Apnéia () Outro: _____

Respiração: () Tiragem Intercosta () Bat. Asa do nariz () Hemoptise () Tosse com Expectoração Outro: _____
Dispositivos de assistência: () Cateter nasal () nebulização () Máscara Venturi
Descrição das excreção traqueal: _____
Sons de Percussão: () Ressonância ou Claro pulmonar () Submacicez () Macicez () Hiper - ressonância () Timpanismo Outro: _____

CARDIOVASCULAR

Frequência Cardíaca: () Normocardia () Taquicardia () Bradicardia
 Outro: _____
 Pulso Periférico:
 Tipo: () Bradisfígmico () Taquisfígmico () Dicrotíco
 Volume: Cheio () Filiforme ()

Ritmo Cardíaco: Regular () Irregular () Sinusal ao monitor ()
 Perfusão Periférica: Normal () Lenta () Cianose de extremidade ()
 Extremidade: Frias () Aquecidas ()
 Regularidade: Rítmico () Arritmico ()

GASTROINTESTINAL

Abdome: () Plano () Globoso () Escovado () Distendido () Ascítico () Gravídico
Dor á palpação: () Ausente () presente
Gastrointestinal: () Sem alteração () Náuseas () Vômito () Epigastralgia () Xerostomia () Anorexia Sialorréia

RHA: () Presente () Diminuídos () Hiperativos () Ausentes
Nutrição: () Oral () SNE
Eliminações Intestinais: Presentes () Ausentes ()
Periodicidade/dispositivos: _____
Percussões: () timpanico () hipertipânico () maciço () piparote

SISTEMA MÚSCULO – ESQUELETICO

MSD
 () Sem alteração () Pulsos palpáveis () Força preservada () Edema () Paresia () Parestesi () Hemiplegia () Lesão
 Outros: _____

MSE
 () Sem alteração () Pulsos palpáveis () Força preservada () Edema () Paresia () Parestesia () Hemiplegia () Lesão
 Outros: _____

MID
 () Sem alteração () Pulsos palpáveis () Força preservada () Edema () Paresia () Parestesia () Hemiplegia () Lesão
 Outro: _____

MIE
 () Sem alteração () Pulsos palpáveis () Força preservada () Edema () Paresia () Parestesia () Hemiplegia () Lesão
 Outros: _____

Edema: Ausente () Presente () Local: _____
Locomoção: () Deambula () Deambula com ajuda () Acamado () Restrito ao leito/sem movimento

Esquelético: () Lordose () Cifose () Escoliose Outros: _____
Uso de: () Tração () Placa () Pino **Outros:** _____
Local: _____

SISTEMA GENITOURINÁRIO

Feminino: Sem alteração ()
Alteração: Sim () - Leucorréia () Amenorréia () Edema () DST () Outros: _____
Masculino: Sem alteração ()
Alteração: Sim () - Edema () DST () Presença de secreção
 Outros: _____
Eliminação Urinária: () Anúria () Oligúria () Poliúria () Disúria

Forma de eliminação: () Espontânea () SVD () SVA () Cistostomia
 Outro: _____
Aspecto: () Sem alteração () Concentrado () Hematúria () Coliúria () Piúria
Eliminações Intestinais: () Presente () Ausente Quant. Dia
Aspecto: () Consistente () Pastosa () Líquido pastosa () Líquida
 Outros: _____ Ostomia: _____
Aspecto: _____ Quantidade: _____

DADOS ASSISTENCIAIS



Percepção sensorial	ESCALA DE BRADEN			
	1	2	3	4
Umidade	excessiva	Muito molhado	ocasional	Rara
Atividade	acamado	Confinado á cadeira	Anda ocasionalmente	Deamb frequent
Mobilidade	totalmente	Muitomolhado	Discreta limitação	Sem limitação
Nutrição	Muito pobre	inadequado	Adequada	Excelente
Fricção e cisalhamento	problema	Problema potencial	Sem problema	---
Total	() Sem Risco entre 19 e 23 () Risco moderado 12 a 14 () Risco Severo Menor ou igual a 9		() Risco brando 15 a 18 () Risco Alto 10 e 12	

BRONCOASPIRAÇÃO

() disfagia
 () reflexo de tosse diminuído ou ausente; ou presença de tosse ou engasgo durante a alimentação
 () presença de vômitos, regurgitação ou distensão abdominal
 () uso de sondagástrica/enteral ou gastrostomia
 () rebaixamento do nível de consciência ou *glasgow* menor que 12 para adultos
 () uso de sedativos () doenças neurológicas
 () doenças esofágicas () contra-indicação clínica para elevação de decúbito

Apresenta pelo menos 1 dos critérios?
 () Não
 () Sim

NUTRICION

O paciente já foi avaliado pelo nutricionista?

() não avaliado
 Se sim:
 () Eutrófico () com risco para desnutrição
Score: _____

INTERCORRÊNCIA/ CONDUTAS

ASSINATURA E CARIMBO DO (A) ENFERMEIRO (A) _____

Adoção de Relatório de Justificativa de Faltas
Justificativa de Falta/Atraso

Nome do Funcionário

Unidade de Trabalho

Matrícula

Função

____/____/____
Data do Evento

JUSTIFICATIVA

Data ____/____/____

Assinatura do Funcionário

Assinatura do Responsável pela Autorização

Deferimento do Responsável pelo RH/INVISA

DATA __/__/__ TURNO () SD () SN



HOSPITAL REGIONAL DE MONÇÃO



CAIXA DE CURATIVO

1	PINÇA KELLY CURVA	1
2	TESOURA MAYO	1
3	PORTA AGULHA	1
4	PINÇA DISSECÇÃO ANATÔMICA	1

ASSINATURA E CARIMBO

DATA __/__/__ TURNO () SD () SN



HOSPITAL REGIONAL DE MONÇÃO



CAIXA DE CURATIVO

1	PINÇA KELLY CURVA	1
2	TESOURA MAYO	1
3	PORTA AGULHA	1
4	PINÇA DISSECÇÃO ANATÔMICA	1

ASSINATURA E CARIMBO

DATA __/__/__ TURNO () SD () SN



HOSPITAL REGIONAL DE MONÇÃO



CAIXA DE CURATIVO

1	PINÇA KELLY CURVA	1
2	TESOURA MAYO	1
3	PORTA AGULHA	1
4	PINÇA DISSECÇÃO ANATÔMICA	1

ASSINATURA E CARIMBO



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

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

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 OU VIOLÊNCIAS)

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)

ALA B

DATA ___/___/_____

1	1	2	3	3	5	4	7
	2		4		6		8
5	9	6	11	7	13	8	15
	10		12		14		16
9	17	10	19	11	21	12	23
	18		20		22		24
Q 1	25	Q 2	26		L 01 -		
					L 02 -		
					L 03-		
					L 04		
					L 05		

ALA A

DATA ___/___/_____



13	29	14	31	15	35	16	33
	30		32		36		34
17	39	18	37	19	43	20	41
	40		38		44		42
21	47	22	45	23	52	24	49
	48		46		51		50
25	53	26	27				
	54		28				

Liquidificadas:

L-____ L-____
 L-____ L-____
 L-____ L-____
 L-____ L-____

Diabéticos:

L-____ L-____
 L-____ L-____
 L-____ L-____
 L-____ L-____

HOSPITAL REGIONAL DE MONÇÃO
 UNIDADE CLÍNICA
 MAPA DIÁRIO

____ / ____ / ____

SUPLEMENTOS:

ALA A



ENFERMARIA	LEITOS	NOME DO PACIENTE	IDADE	PATOLOGIA	TIPO DE DIETA
13	29				
	30				
14	31				
	32				
15	35				
	36				
16	33				
	34				

ALA A

ENFERMARIA	LEITOS	NOME DO PACIENTE	IDADE	PATOLOGIA	TIPO DE DIETA
17	39				
	40				
18	37				
	38				
19	43				
	44				
20	41				
	42				

ALA A

ENFERMARIA	LEITOS	NOME DO PACIENTE	IDADE	PATOLOGIA	TIPO DE DIETA
21	47				
	48				
22	45				
	46				
23	51				
	52				
24	49				
	50				

ALA B

ENFERMARIA	LEITOS	NOME DO PACIENTE	IDADE	PATOLOGIA	TIPO DE DIETA
01	01				
	02				
02	03				
	04				
03	05				
	06				
04	07				
	08				
05	09				
	10				

ALA B

ENFERMARIA	LEITOS	NOME DO PACIENTE	IDADE	PATOLOGIA	TIPO DE DIETA
06	11				
	12				
07	13				
	14				
08	15				
	16				
09	17				
	18				

ALA B

ENFERMARIA	LEITOS	NOME DO PACIENTE	IDADE	PATOLOGIA	TIPO DE DIETA
10	19				
	20				
11	21				
	22				
12	23				
	24				
Q 1	25				
Q 2	26				

SALA AMARELA

ENFERMARIA	LEITOS	NOME DO PACIENTE	IDADE	PATOLOGIA	TIPO DE DIETA
L	01				
L	02				
L	03				
L	04				
L	05				
L	06				
ESTABILIZAÇÃO	01				

ALA B

DATA ___/___/_____

1	1	2	3	3	5	4	7
	2		4		6		8
5	9	6	11	7	13	8	15
	10		12		14		16
9	17	10	19	11	21	12	23
	18		20		22		24
Q 1	25	Q 2	26		L 01 -		
					L 02 -		
					L 03-		
					L 04		
					L 05		

ALA A

DATA ___/___/_____



13	29	14	31	15	35	16	33
	30		32		36		34
17	39	18	37	19	43	20	41
	40		38		44		42
21	47	22	45	23	52	24	49
	48		46		51		50
25	53	26	27				
	54		28				

Liquidificadas:

L-____ L-____
 L-____ L-____
 L-____ L-____
 L-____ L-____

Diabéticos:

L-____ L-____
 L-____ L-____
 L-____ L-____
 L-____ L-____

HOSPITAL REGIONAL DE MONÇÃO
 UNIDADE CLÍNICA
 MAPA DIÁRIO

____ / ____ / ____

SUPLEMENTOS:

ALA A



ENFERMARIA	LEITOS	NOME DO PACIENTE	IDADE	PATOLOGIA	TIPO DE DIETA
13	29				
	30				
14	31				
	32				
15	35				
	36				
16	33				
	34				

ALA A

ENFERMARIA	LEITOS	NOME DO PACIENTE	IDADE	PATOLOGIA	TIPO DE DIETA
17	39				
	40				
18	37				
	38				
19	43				
	44				
20	41				
	42				

ALA A

ENFERMARIA	LEITOS	NOME DO PACIENTE	IDADE	PATOLOGIA	TIPO DE DIETA
21	47				
	48				
22	45				
	46				
23	51				
	52				
24	49				
	50				

ALA B

ENFERMARIA	LEITOS	NOME DO PACIENTE	IDADE	PATOLOGIA	TIPO DE DIETA
01	01				
	02				
02	03				
	04				
03	05				
	06				
04	07				
	08				
05	09				
	10				

ALA B

ENFERMARIA	LEITOS	NOME DO PACIENTE	IDADE	PATOLOGIA	TIPO DE DIETA
06	11				
	12				
07	13				
	14				
08	15				
	16				
09	17				
	18				

ALA B

ENFERMARIA	LEITOS	NOME DO PACIENTE	IDADE	PATOLOGIA	TIPO DE DIETA
10	19				
	20				
11	21				
	22				
12	23				
	24				
Q 1	25				
Q 2	26				

SALA AMARELA

ENFERMARIA	LEITOS	NOME DO PACIENTE	IDADE	PATOLOGIA	TIPO DE DIETA
L	01				
L	02				
L	03				
L	04				
L	05				
L	06				
ESTABILIZAÇÃO	01				

MAPA DE PRODUÇÃO – SERVIÇO SOCIAL

MES/ANO:

DIA		VISITA AOS LEITOS	ACOMP. VISITA FAMILIARES	ENTREVISTA SOCIAL	EVOLUÇÃO SOCIAL	AUTORIZAÇÃO REFEIÇÃO P/ ACOMP.	ASSINATURA
01	SD						
	SN						
02	SD						
	SN						
03	SD						
	SN						
04	SD						
	SN						
05	SD						
	SN						
06	SD						
	SN						
07	SD						
	SN						
08	SD						
	SN						
09	SD						
	SN						
10	SD						
	SN						
11	SD						
	SN						
12	SD						
	SN						
13	SD						
	SN						
14	SD						
	SN						
15	SD						
	SN						
16	SD						
	SN						
17	SD						
	SN						
18	SD						
	SN						
19	SD						
	SN						
20	SD						
	SN						
	SD						

21	SN						
22	SD						
	SN						
23	SD						
	SN						
24	SD						
	SN						
25	SD						
	SN						
26	SD						
	SN						
27	SD						
	SN						
28	SD						
	SN						
29	SD						
	SN						
30	SD						
	SN						
31	SD						
	SN						

HOSPITAL REGIONAL DE MONÇÃO
FARMÁCIA HOSPITALAR

PSICOTRÓPICOS E ENTORPECENTES	SD DATA: ____/____/____				SN DATA: ____/____/____							
	SALDO	ENT.	SAÍDA	DEVOL.	QUEB.	SALDO	SALDO	ENT.	SAIDA	DEVOL.	QUEB.	TOTAL
Citrato de Fentanila 0,0785mg/ml inj. (10ml)												
Citrato de Fentanila 78,5mcg/ml inj. (2ml)												
Clonazepam 0,5 mg comp.												
Cloroquina 150mg comp.												
Cloridrato de Amitriptilina 25mg comp.												
Cloridrato de Clorpromazina 5mg/ml inj.												
Cloridrato de Dextrocetamina 50mg/ml inj.												
Cloridrato de Naloxona 0,4mg/ml inj.												
Cloridrato de Petidina 50mg/ml inj.												
Cloridrato de Tramadol 100mg comp.												
Cloridrato de Tramadol 100mg/ml inj.												
Cloridrato de Tramadol 50mg/ml inj.												
Diazepam 10mg comp.												
Diazepam 5mg/ml inj.												
Etomidato 2mg/ml (10ml) inj.												
Fenitoína 50mg/ml inj.												
Fenobarbital 100mg/ml inj.												
Flumazenil 0,5mg/5ml inj.												
Haloperidol 5mg/ml inj.												
Midazolam 5mg/ml (3ml) inj.												
Midazolam 5mg/ml (10ml) inj.												
Propofol 1% (20ml) inj.												
Sevoflurano 1mg/ml (240ml) inj.												
Sulfato de Morfina 0,2mg/ml inj.												
Sulfato de Morfina 10mg/ml inj.												
Suxametônio 100 mg inj.												

SD: _____ SN: _____

MAPA FISIOTERAPIA

NOME COMPLETO:				ID:	DATA DE NASCIMENTO:	PESO:	ALTURA:	PERFIL: () CLÍNICO () CIRÚRGICO	READMISSÃO: () S () N	LEITO:	
DIAGNÓSTICO E RESUMO CLÍNICO:				DIAGNÓSTICO FUNCIONAL:				OBSERVAÇÕES:			
DATA:	MONITORIZAÇÃO CARDÍACA E RESPIRATÓRIA	MONITORIZAÇÃO VENTILATÓRIA	MECÂNICA VENTILATÓRIA	NEUROLÓGICO MOTOR	ROTINAS	DESMAME	PLANO TERAPÊUTICO				
M A N H Ã	FC _____ PA _____	DIAS DE TOT _____	P.PICO _____	GLASGOW _____ RASS _____	() TROCA DE FILTRO () T.FIXAÇÃO	CLASSIFICAÇÃO DO DESMAME:					
	FR _____ SATO ²	CL _____ Nº _____	P.PLATÔ _____	SEDAÇÃO _____	() TROCA STERICATH	() SIMPLES () DIFÍCIL					
	() AA () CN () MNBZ	TQT _____	Cst _____	PUPILAS _____	() TESTE VENTILADOR MECÂNICO	() PROLONGADO () ACIDENTAL					
	() VENTURI () ELMO	MODO VENTILATÓRIO: _____	RAW _____	MOBILIDADE _____	() MHB () MRP () O ² () RPPI () VNI	TEMPO TOTAL VMI: _____					
	() VNI	VC _____ P _{ins} _____ P _S _____	DP _____	MRC _____	() MOV. PASSIVA LEITO	DESMAME:					
	() L/MIN O ²	PEEP _____ FIO ₂ _____ SENS _____	GASOMETRIA ARTERIAL	GRAU DE FORÇA MUSCULAR:	() MOV. ATIVO-ASSISTIDO LEITO	() T.AUTONOMIA TEMPO					
	AP: _____	FRp/FRr _____ I:E _____	PH _____	() 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5	() MOV. ATIVO LEITO	() T. TUBO "T" TEMPO					
	RX: _____	Fluxo/Tinp _____	PO ² _____	MOBILIZAÇÃO PRECOCE	() MOV. RESISTIDO	Pimáx _____ Pemáx _____					
	PADRÃO VENTILATÓRIO:	Pressão cuff _____	PCO ₂ _____	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	() SEDESTAÇÃO LEITO / BEIRA-LEITO	EXTUBAÇÃO _____ HORAS					
		SECREÇÃO TRAQUEAL	HCO ₃ _____	OBSERVAÇÕES	() SEDESTAÇÃO LEITO / BEIRA-LEITO	() VNI PÓS-EXTUBAÇÃO:					
	ASPECTO: _____	BE- _____		() ORTOSTATISMO	TEMPO _____						
	ESPESSURA: _____	P/F _____		() MARCHA ESTACIONÁRIA	() O ² PÓS-VNI TIPO _____						
	QUANTIDADE: _____	Lact _____		() CICLOERGÔMETRO	_____ L/MIN						
		Hb _____		() DEAMBULAÇÃO	() SUCESSO () INSUCESSO						

DATA:	MONITORIZAÇÃO CARDÍACA E RESPIRATÓRIA	MONITORIZAÇÃO VENTILATÓRIA	MECÂNICA VENTILATÓRIA	NEUROLÓGICO MOTOR	ROTINAS	DESMAME	PLANO TERAPÊUTICO				
T A R D E	FC _____ PA _____	DIAS DE TOT _____	P.PICO _____	GLASGOW _____ RASS _____	() TROCA DE FILTRO () T.FIXAÇÃO	CLASSIFICAÇÃO DO DESMAME:					
	FR _____ SATO ²	CL _____ Nº _____	P.PLATÔ _____	SEDAÇÃO _____	() TROCA STERICATH	() SIMPLES () DIFÍCIL					
	() AA () CN () MNBZ	TQT _____	Cst _____	PUPILAS _____	() TESTE VENTILADOR MECÂNICO	() PROLONGADO () ACIDENTAL					
	() VENTURI () ELMO	MODO VENTILATÓRIO: _____	RAW _____	MOBILIDADE _____	() MHB () MRP () O ² () RPPI () VNI	TEMPO TOTAL VMI: _____					
	() VNI	VC _____ P _{ins} _____ P _S _____	DP _____	MRC _____	() MOV. PASSIVA LEITO	DESMAME:					
	() L/MIN O ²	PEEP _____ FIO ₂ _____ SENS _____	GASOMETRIA ARTERIAL	GRAU DE FORÇA MUSCULAR:	() MOV. ATIVO-ASSISTIDO LEITO	() T.AUTONOMIA TEMPO					
	AP: _____	FRp/FRr _____ I:E _____	PH _____	() 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5	() MOV. ATIVO LEITO	() T. TUBO "T" TEMPO					
	RX: _____	Fluxo/Tinp _____	PO ² _____	MOBILIZAÇÃO PRECOCE	() MOV. RESISTIDO	Pimáx _____ Pemáx _____					
	PADRÃO VENTILATÓRIO:	Pressão cuff _____	PCO ₂ _____	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	() SEDESTAÇÃO LEITO / BEIRA-LEITO	EXTUBAÇÃO _____ HORAS					
		SECREÇÃO TRAQUEAL	HCO ₃ _____	OBSERVAÇÕES	() SEDESTAÇÃO POLTRONA	() VNI PÓS-EXTUBAÇÃO:					
	ASPECTO: _____	BE- _____		() ORTOSTATISMO	TEMPO _____						
	ESPESSURA: _____	P/F _____		() MARCHA ESTACIONÁRIA	() O ² PÓS-VNI TIPO _____						
	QUANTIDADE: _____	Lact _____		() CICLOERGÔMETRO	_____ L/MIN						
		Hb _____		() DEAMBULAÇÃO	() SUCESSO () INSUCESSO						

DATA:	MONITORIZAÇÃO CARDÍACA E RESPIRATÓRIA	MONITORIZAÇÃO VENTILATÓRIA	MECÂNICA VENTILATÓRIA	NEUROLÓGICO MOTOR	ROTINAS	DESMAME	PLANO TERAPÊUTICO
N O I T E	FC_____PA_____	DIAS DE TOT_____	P.PICO_____	GLASGOW_____ RASS_____	() TROCA DE FILTRO () T.FIXAÇÃO	CLASSIFICAÇÃO DO DESMAME:	
	FR_____SATO²_____	CL_____Nº_____	P.PLATÔ_____	SEDAÇÃO_____	() TROCA STERICATH	() SIMPLES () DIFÍCIL	
	() AA () CN () MNBZ	TQT_____	Cst_____	PUPILAS_____	() TESTE VENTILADOR MECÂNICO	() PROLONGADO () ACIDENTAL	
	() VENTURI () ELMO		RAW_____	MOBILIDADE_____	() MHB () MRP () O² () RPPI () VNI	TEMPO TOTAL VMI:_____	
	() VNI	MODO VENTILATÓRIO: _____	DP_____	MRC_____	() MOV. PASSIVA LEITO	DESMAME:	
	() L/MIN O²	VC_____Pins_____PS_____	GASOMETRIA ARTERIAL	GRAU DE FORÇA MUSCULAR:	() MOV. ATIVO-ASSISTIDO LEITO	() T.AUTONOMIA TEMPO_____	
	AP:	PEEP_____FIO2_____SENS_____	PH_____	() 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5	() MOV. ATIVO LEITO	() T. TUBO "T" TEMPO_____	
		FRp/FRr_____J:E_____	PO²_____	MOBILIZAÇÃO PRECOCE	() MOV. RESISTIDO	Pimáx_____Pemáx_____	
	RX:	Fluxo/Tinp_____	PCO²_____	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	() SEDESTAÇÃO LEITO / BEIRA-LEITO	EXTUBAÇÃO_____HORAS	
		Pressão cuff_____	HCO3-_____	OBSERVAÇÕES	() SEDESTAÇÃO POLTRONA	() VNI PÓS-EXTUBAÇÃO:	
	PADRÃO VENTILATÓRIO:	SECREÇÃO TRAQUEAL		() SEDESTAÇÃO POLTRONA	TEMPO_____	INTERCORRÊNCIAS	
	ASPECTO:	BE-_____		() ORTOSTATISMO	() O² PÓS-VNI TIPO_____		
	ESPESSURA:	P/F_____		() MARCHA ESTACIONÁRIA	_____L/MIN		
	QUANTIDADE:	Lact_____		() CICLOERGÔMETRO	() SUCESSO () INSUCESSO		
		Hb_____		() DEAMBULAÇÃO			

Nº	Nº	Nº	CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO
			03.01.01.004-8	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO).
			03.02.01.002-2	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISFUNÇÕES UROGINECOLÓGICAS.
			03.02.02.001-2	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM CUIDADOS PALIATIVOS.
			03.02.02.002-0	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES ONCOLÓGICO CLÍNICO.
			03.02.02.003-9	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES DO PRÉ-PÓS CIRURGIAS ONCOLÓGICAS
			03.02.04.001-3	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS
			03.02.04.002-1	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS
			03.02.04.003-0	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM TRANSTORNO CLÍNICO CARDIOVASCULAR.
			03.02.04.004-8	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM TRANSTORNO NO PRÉ-PÓS CIRURGIA CARDIOVASCULAR.
			03.02.04.005-6	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DISFUNÇÕES VASCULARES PERIFÉRICAS.
			03.02.05.001-9	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES DO PRÉ/PÓS OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS
			03.02.05.002-7	ATENDIMENTO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS.
			03.02.05.003-5	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES DO PRÉ/PÓS OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MÚSCULO ESQUELÉTICAS COM COMPLICAÇÕES
			03.02.06.001-4	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES DO PRÉ-PÓS OPERATÓRIO NOS DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS.
			03.02.06.002-2	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES DO PRÉ/PÓS OPERATÓRIO NOS DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS.
			03.02.06.003-0	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DESORDENS DO DESENVOLVIMENTO NEURO MOTOR.
			03.02.06.004-9	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM COMPROMETIMENTO COGNITIVO.
			03.02.06.005-7	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ/PÓS OPERATÓRIO DE NEURO CIRURGIA.
			03.02.07.001-0	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE MÉDIO QUEIMADO.
			03.02.07.002-8	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE GRANDE QUEIMADO.
			03.02.07.003-6	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM SEQUELAS POR QUEIMADURAS (MÉDIO E GRANDE QUEIMADOS).

ESTADO DO MARANHÃO
HOSPITAL GERAL DE MONÇÃO
COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

UNIDADE:		DIAGNÓSTICO MÉDICO:	
NOME:		DN:	
NOME SOCIAL:		SETOR:	LEITO:
			DATA:
Nº	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM
1	Jejum às _____ para: _____		
2	Verificar e anotar sinais vitais, intervalo _____.		
3	Banhar _____ x dia, turno: _____.		
4	Realizar higiene oral _____ x dia, turno: _____.		
5	Realizar higiene íntima _____ x dia _____		
6	Realizar mudança de decúbito, intervalo _____.		
7	Aferir sinais vitais de 6 /6 horas (anotar e comunicar se alteração)		
8	Verificar acesso venoso periférico, trocar e data-los (72 se quando necessário)		
9	Verificar equipo de soro, multivias, data-los e troca-los (72 se necessário)		
10	Observar e anotar diurese		
11	Observar e anotar as eliminações intestinais		
12	Aspirar secreções de via aéreas superiores		
13	Manter grades elevadas		
14	Avaliar sinais flogísticos em acesso venoso periférico		
15	Avaliar e registrar presença de dor		
16	Manter cabeça elevada de 30° a 45°		
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			

ASSINATURA E CARIMBO DO ENFERMEIRO _____

HOSPITAL REGIONAL DE MONÇÃO
COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM (SUPERVISÃO DE ALAS)

CHECK LIST DE SEGURANÇA CIRÚRGICA PRÉ OPERATÓRIA

1) IDENTIFICAÇÃO:

Nome _____ Idade _____ Sexo _____ Enfermaria/Leito _____ Data
Internação ____/____/____ Data Cirurgia: ____/____/____

Cirurgia: _____

2) DIA ANTERIOR AO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

2.1 Paciente consta na escala de Procedimento do Bloco Cirúrgico?

Sim Não Observação _____

2.2 Paciente possui algum tipo de alergia? Sim Não

Látex Medicamentos _____ Outros _____

2.3 Paciente com prescrição médica para suspender medicação (anticoagulante ou hipoglicemiante, outras...) Sim Não Qual? _____

2.4 Paciente está em isolamento? Sim Não Qual? _____

Quem foi comunicado no CC sobre o Isolamento? _____

2.5 Identificado a necessidade de encaminhamento do paciente/familiar para algum serviço de apoio?

Sim Não Qual? _____

2.6 Solicitado: Reserva de sangue Transfusão sanguínea prévia não possui indicação de reserva ou transfusão sanguínea prévia

2.7 Pais receberam orientações de enfermagem quanto ao procedimento? Mãe Pai Outro

2.8 Dieta Zero: Sólidos a partir ____:____h Líquidos a partir ____:____h

Nome e carimbo do profissional responsável pelas informações:

3) DIA DO PROCEDIMENTO CIRURGICO

3.1 Realizado algum preparo cirúrgico especial conforme prescrição? Sim Não Não se Aplica

3.2 Foram retirados: próteses móveis, lentes de contato, esmaltes, brincos, piercings, roupas íntimas, aparelhos auditivos ... Sim Não

3.3 Paciente esvaziou a bexiga antes de ir para o CC? Sim Não

3.4 Paciente em uso de fraldas e as mesmas foram trocadas antes do procedimento? Sim Não

3.5 Paciente está vestindo camisola aberta? Sim Não

3.6 Acesso venoso com bom fluxo, refluxo e fixação adequada? Sim Não Nº Cateter _____

Observação: _____

3.7 Paciente realizou higiene oral, corporal, tricotomia do sítio cirúrgico, cabelos encontram-se secos?

Sim Não

3.8 Documentação do paciente:

Prontuário com prescrição médica atual e checada Exames laboratoriais Exames de imagem Instrumentos de enfermagem devidamente preenchidos

3.9 Verificação e anotação dos sinais vitais no dia da cirurgia? Sim Não

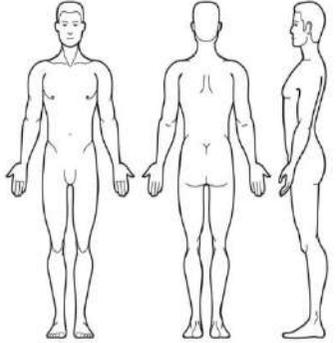
3.10 Paciente encontra-se acompanhado pelos pais ou representante legal? Sim Não

Quem? _____

3.11 Nome e carimbo do profissional enfermeiro:

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

Nome do paciente:		Idade:		Peso:		Anestesia:		() Eletiva () Urgência	
Data:	Enfermeiro		Nº do Prontuário:		Cirurgião:		() Emergência		
Cirurgia proposta:					Instrumentador:		Aux. I:		
					Circulante:		Aux. II:		
VERIFICAÇÃO DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA					RECEPÇÃO DO PACIENTE NA S.O				
Jejum		Tricotomia		Prótese e adornos		Checklist de Cirurgia Segura			
Sim () Não ()		Sim () Não ()		Sim () Não ()		Horário de admissão na SO:		Total de peças instrumentais antes de começar a cirurgia:	
EXAMES					Início da anestesia: _____ Término: _____ / Início da cirurgia: _____ Término: _____				
Raio X		ECG		TC		US		Hemograma	
Sim () Não ()		Sim () Não ()		Sim () Não ()		Sim () Não ()		Sim () Não ()	
CUIDADOS REALIZADOS					Alergia: Não () Sim () – Qual?				
Tipagem sanguínea		Reserva sanguínea		Reserva de UCI		Termo de consentimento/amputação			
Sim () Não ()		Sim () Não ()		Sim () Não ()		Sim () Não ()			
Medicamento em uso contínuo: Não () Sim () – Qual?									
ANTECEDENTES PESSOAIS									
HAS () DM () AVC () DPOC () Cirurgias anteriores? Não () Sim () – Qual?									
RECEPÇÃO DO PACIENTE NO CC (TRANSOPERATÓRIO I)									
Paciente recebido no CC às:									
AValiação Neurológica									
() Orientado () Confuso () Alerta () Sonolento () Agitado () Torposo									
OXIGENOTERAPIA									
() Ar ambiente () Cateter O ₂ () Venture () Intubado () Traqueostomizado									
DISPOSITIVOS INVASIVOS									
Cateter venoso () _____ Cateter central () SNG/SNE () SVD () Dreno ()									
SINAIS VITAIS									
Horário		P.A		TAX.		F.C		F.R	
_____ Enfermeiro (a)					_____ Tec. Enfermagem				
ANTIBIOTICOPROFILAXIA									
Antibiótico: _____ Dose: _____ Horário: _____									
Antes da indução anestésica					Antes de iniciar a cirurgia			Antes de sair da SO	
Paciente identificado corretamente? () Sim () Não					Identificação da equipe ()			Houve mudanças no procedimento realizado?	
Consentimento assinado? () Sim () Não					Identificação do paciente ()			() Não () Sim, qual?	
Qual o local da cirurgia? _____					Local da cirurgia ()			_____	
Qual o lado da cirurgia? () E () D					Procedimento a ser realizado ()			Contagem de compressas, instrumentos e agulhas está correta?	
Sítio cirúrgico foi marcado? () Sim () Não					Checagem verbal com cirurgião ()			() Sim () Não	
Paciente possui alergia? () Sim () Não					Exames de imagem disponíveis? ()			As peças cirúrgicas estão identificadas e com o nome do paciente?	
Há risco de broncoaspiração? () Sim () Não					Integrador indica esterilização do instrumental? ()			() Não se aplica () Sim	
Há risco de perda sanguínea? () Sim () Não					Todos os materiais necessários para o procedimento estão disponíveis? ()			Houve algum problema com o equipamento a ser resolvido? _____	
Realizada antibioticoterapia? () Sim () Não					Assinatura do condutor do checklist (Enfermeiro): _____				

TRANSOPERATÓRIO II						CONTAGEM DE COMPRESSAS/INSTRUMENTAIS/AGULHAS																										
Tubo Endotraqueal: N° _____ Garrote pneumático/Faixa Smarch: Início: _____:_____ Término: _____:_____						Placa de bisturi: <input type="checkbox"/> mono <input type="checkbox"/> bipolar			<input type="checkbox"/> Aparelho de anestesia																							
ESCALA DE ELPO <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>5 pontos</th> <th>4 pontos</th> <th>3 pontos</th> <th>2 pontos</th> <th>1 pontos</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Posição cirúrgica</td> <td><input type="checkbox"/> Litotômica</td> <td><input type="checkbox"/> Prona</td> <td><input type="checkbox"/> Tredlemburg</td> <td><input type="checkbox"/> Lateral</td> <td><input type="checkbox"/> Supina</td> </tr> <tr> <td>Duração da cirurgia</td> <td><input type="checkbox"/> mais de 6h</td> <td><input type="checkbox"/> de 4h até 6h</td> <td><input type="checkbox"/> de 2h até 4h</td> <td><input type="checkbox"/> de 1h até 2h</td> <td><input type="checkbox"/> até 1h</td> </tr> <tr> <td>Tipo de anestesia</td> <td><input type="checkbox"/> Combinada</td> <td><input type="checkbox"/> Geral</td> <td><input type="checkbox"/> Bloqueio</td> <td><input type="checkbox"/> Sedação</td> <td><input type="checkbox"/> Local</td> </tr> </tbody> </table>							5 pontos		4 pontos	3 pontos	2 pontos	1 pontos	Posição cirúrgica	<input type="checkbox"/> Litotômica	<input type="checkbox"/> Prona	<input type="checkbox"/> Tredlemburg	<input type="checkbox"/> Lateral	<input type="checkbox"/> Supina	Duração da cirurgia	<input type="checkbox"/> mais de 6h	<input type="checkbox"/> de 4h até 6h	<input type="checkbox"/> de 2h até 4h	<input type="checkbox"/> de 1h até 2h	<input type="checkbox"/> até 1h	Tipo de anestesia	<input type="checkbox"/> Combinada	<input type="checkbox"/> Geral	<input type="checkbox"/> Bloqueio	<input type="checkbox"/> Sedação	<input type="checkbox"/> Local	<input type="checkbox"/> Monitorização cardíaca	<input type="checkbox"/> Bisturi elétrico
							5 pontos		4 pontos	3 pontos	2 pontos	1 pontos																				
						Posição cirúrgica	<input type="checkbox"/> Litotômica		<input type="checkbox"/> Prona	<input type="checkbox"/> Tredlemburg	<input type="checkbox"/> Lateral	<input type="checkbox"/> Supina																				
						Duração da cirurgia	<input type="checkbox"/> mais de 6h		<input type="checkbox"/> de 4h até 6h	<input type="checkbox"/> de 2h até 4h	<input type="checkbox"/> de 1h até 2h	<input type="checkbox"/> até 1h																				
Tipo de anestesia	<input type="checkbox"/> Combinada	<input type="checkbox"/> Geral	<input type="checkbox"/> Bloqueio	<input type="checkbox"/> Sedação	<input type="checkbox"/> Local																											
<input type="checkbox"/> Manguito de PA	<input type="checkbox"/> Capnógrafo Aspirador <input type="checkbox"/> DRILL																															
<input type="checkbox"/> PAI	<input type="checkbox"/> Bomba de infusão <input type="checkbox"/> Perfurador																															
						<input type="checkbox"/> Garrote Pneumático Membro: _____		<input type="checkbox"/> Laparoscópio <input type="checkbox"/> Endoscópio <input type="checkbox"/> Scopía																								
Sup. Suporte	<input type="checkbox"/> sem uso de superfície de suporte/ suporte rígido	<input type="checkbox"/> colchão da mesa cirúrgica de espuma + coxins envolvidos em campos esterilizados	<input type="checkbox"/> colchão da mesa cirúrgica de espuma + coxins de espuma	<input type="checkbox"/> colchão da mesa cirúrgica de espuma + coxins viscoelásticos	<input type="checkbox"/> colchão da mesa cirúrgica viscoelásticos + coxins viscoelásticos	<input type="checkbox"/> Manta térmica	Legendas: Placa de bisturi ▲ Venóclise → Monitoração cardíaca ● Incisão ✦ Sonda vesical ↔ Garrote pneumático ■ Tubos e drenos ↓																									
Posi. Membro	<input type="checkbox"/> Elevação dos joelhos >90° e abertura dos membros inferiores >90° ou abertura dos membros superiores >90°	<input type="checkbox"/> Elevação dos joelhos >90° ou abertura dos membros inferiores >90°	<input type="checkbox"/> Elevação dos joelhos <90° e abertura dos membros inferiores <90° ou pescoço sem alinhamento esternal	<input type="checkbox"/> Abertura <90° dos membros superiores	<input type="checkbox"/> Posição anatômica	QUANTIDADE DE COMPRESSAS E AGULHAS CIRÚRGICAS Compressas grandes abertas: _____ Compressas grandes conferidas: _____ Compressas pequenas abertas: _____ Compressas pequenas conferidas: _____ Agulhas abertas: _____ Agulhas conferidas: _____																										
Comorbidades	<input type="checkbox"/> Úlcera pressão ou neuropatia previamente diagnosticada ou trombose venosa profunda	<input type="checkbox"/> Obesidade ou desnutrição	<input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/> Doença vascular	<input type="checkbox"/> Sem comorbidades	INTEGRADORES/ INDICADORES DE ESTERELIZAÇÃO																										
Idade do paciente	<input type="checkbox"/> >80 anos	<input type="checkbox"/> Entre 70 e 79 anos	<input type="checkbox"/> Entre 60 e 69 anos	<input type="checkbox"/> Entre 40 e 59 anos	<input type="checkbox"/> Entre 18 e 39 anos	<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>																										
Somatório total dos pontos por item da escala: _____																																
VALOR DE REFERÊNCIA: Baixo risco <19 pontos Alto risco >20 pontos																																
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM																																
Tricotomia na SO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Degermação: <input type="checkbox"/> Clorexidina degermante <input type="checkbox"/> PVPI degermante <input type="checkbox"/> Outro																																
SVD: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Adm. Antibiótico (repique) após 4h de cirurgia, às: _____																																
MEDICAÇÕES						ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM / INTERCORRÊNCIAS																										
		HORÁRIO	SSVV	INÍCIO	TRANS	TÉRMINO																										
			SpO2																													
			Pulso																													
			FC																													
			PNI																													
			T																													
			PVC																													
			PAI																													
Infusão de hemoconcentrados: <input type="checkbox"/> Concentrado de hemácias <input type="checkbox"/> Plasma <input type="checkbox"/> Plaquetas <input type="checkbox"/> Crio Reação Transfusional? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim																																
						Enfermeiro/ Tec. ENF																										

Nome do paciente:		PROCESSO E ADMISSÃO DE ENFERMAGEM – SRPA	
Paciente admitido no SRPA às:		Nível de consciência: () Sedado () Sonolento () Consciente () Torposo () Desorientado Hidratação Venosa/Local:	
DIAGNÓSTICO NANDA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENÇÕES (NIC)	EXECUÇÃO
Risco de infecção ()	Controle de riscos; Detecção dos riscos; Integridade tissular: pele e mucosas; Cicatrização de feridas: primeira e segunda intenção; Conhecimento: controle de infecção.	[1]() Trocar AVP, conforme padronizado pela SCIRAS (72h) [2]() Trocar CVC conforme padronizado [3]() Trocar equipo [4]() Manter dispositivos identificados e datados [5]() Utilizar técnicas assépticas: higienizar as mãos antes e após o manuseio com todo tipo de cateter, higienizar com álcool 70% dispositivos e conexões antes de administrar medicação EV e durante o manuseio segurar as conexões protegida com gaze embebida em álcool 70% [6]() Implementar cuidados com o cateter urinário: desprezar diurese quando o volume atingir 2/3 da bolsa ou a cada 6h, manter o coletor abaixo da bexiga e suspenso do chão e fixar na mulher: face interna da coxa e no homem: na região suprapúbica, manter proteção no dispositivo de drenagem [7]() Inspeccionar presença de sinais flogísticos.	
Integridade da pele prejudicada ()	Cicatrização adequada	[1]() Avaliar condições do curativo e presença de sinais flogísticos em cirurgia e em locais com sonda [2]() Realizar troca de curativo da ferida se houver sujidade/necessidade	
Dor aguda ()	Alívio da dor	[1]() Administrar analgésicos conforme prescrição médica [2]() Reavaliar a dor após administração da medicação	
Padrão respiratório ineficaz ()	Adequação da troca gasosa	[1] Instalar cateter de O2 a 2 l/min ou conforme recomendação médica [2] Orientar paciente a realizar inspiração profunda	
Hipotermia ()	Estado de termorregulação	[1]() Cobrir o paciente com cobertores [2]() Infundir soluções venosas aquecidas	
Risco de aspiração ()	Prevenção de aspiração	[1]() Posicionar o paciente em decúbito de 45° [2] Manter a cabeça do paciente lateralizada, quando recomendado	
Retenção urinária ()	Resolução da disúria	[1]() Realizar cateterismo de alívio [2]() Administrar fármacos apropriados conforme prescrição médica	
ATENÇÃO ()	Monitorização contínua	[1]() Monitorar sinais vitais [2]() Manter controle de infusão [3]() Controle de débitos	

SAÍDA DO PACIENTE DA SRPA/S.O											
TRANSPORTE E DESTINO DO PACIENTE		TIPO DE ANESTESIA		RESPIRATÓRIO							
Transporte feito por: () Médico () Enfermeiro () Téc. Enfermagem		() Geral () Raque () Bloqueio		FR: _____ () Eupneico () Dispneico () Taquipneico () Bradipneico							
Destino: () Ala () UCI Data e horário da transferência: _____		() Sedação () Local () Combinada		HEMODINÂMICA PA: () Normotenso () Hipertenso () Hipotenso Parâmetro: _____							
NEUROLÓGICO () Orientado () Sedado () Confuso () Sonolento () Agitado () Torporoso		OXIGENAÇÃO		TAX: _____ () Afebril () Hipertérmico () Hipotérmico							
Pupilas: () Isocóricas () Anisocóricas () Midríase		() Ar ambiente () Cateter nasal		FC: _____ () Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico							
NUTRICIONAL		() Venture () Reservatório		DISPOSITIVOS INVASIVOS							
Tipo de dieta: () VO () Enteral () Parenteral		() TOT/TQT SatO2: _____		TIPO	CVC	AVP	DVE/DVP	SVD	TOT/TQT	SNG/SNE	
OBSERVAÇÕES DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS											
								ABERTURA E CHECAGEM DO BUNDDLE			
								() Sim () Não			

ASSISTÊNCIA PÓS-OPERATÓRIA - SRPA

Curativo cirúrgico/local: _____ Condições: _____ Sinais de hemorragia: () Não () Sim, especificar _____
Extremidades: () Aquecidas () Frias () Cianóticas () Perfundidas **Intercorrências:** _____

CONTROLE PÓS-OPERATÓRIO								AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM							
HORA	SINAIS VITAIS							ÍNDICE DE ALDRETTE			VALOR	ADM	30	60	120
	0'	15'	30'	45'	60'	90'	120'	Atividade motora sob comando							
T								Capaz de mover os membros	2						
FR								Capaz de mover os 2 membros	1						
FC								Incapaz de mover os membros	0						
PA								Respiração	Respira profundamente ou tosse livremente	2					
SpO2									Dispneia ou limitação da respiração	1					
PAM									Apneia	0					
DOR								Circulação	PA 20% do nível pré-anestésico	2					
Os sinais vitais deverão ser verificados de 15 em 15 min na 1ª hora, e de 30 em 30 min na 2ª									PA 20-49% do nível pré-anestésico	1					
									PA 50% do nível pré-anestésico	0					
CONTROLE DE LÍQUIDOS ADMINISTRADOS E ELIMINADOS								Consciência	Lúcido, orientado no tempo e espaço	2					
									Desperta se solicitado	1					
									Não responde	0					
HORA	ADMINISTRADOS			DÉBITOS				Saturação de O2	Maior que 92% respirando em ar ambiente	2					
	NPT	TRANSF	SOROS	DIURESE	SONDAS	DRENO	Necessita de O2 para manter Sat maior que 90%		1						
								Menor que 90% com O2 suplementar	0						
								TOTAL							

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS - TEC. ENF				ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS - ENFERMEIRO			
ASSINATURA/CARIMBO TEC. ENF				ASSINATURA/CARIMBO ENFERMEIRO			

ALERGIA



RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO



ISOLAMENTO



ACOMPANHANTE



RISCO DE QUEDA



NOME: _____

DATA DE NASCIMENTO: _____ SEXO: _____

DATA DE ADMISSÃO: _____





RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME: _____

DATA: ____/____/____



RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME: _____

DATA: ____/____/____





RECEITUÁRIO DE PSICÓLOGIA

NOME: _____

DATA: ____/____/____



RECEITUÁRIO DE PSICÓLOGIA

NOME: _____

DATA: ____/____/____



AGÊNCIA TRANSFUSIONAL DE MONÇÃO
RELATÓRIO DE TRANSFUÇÃO

Nome do Paciente: _____

Número de Bolsa: _____

Apto ou Enfermaria: _____

Data: ____/____/____

TESTE DE COMPATIBILIDADE:

Salina: _____

Albumina: _____

Combs: _____

TIPAGEM SANGUÍNEA:

Sistema ABO: _____

Sistema RH: _____

Fenótipo: _____

SANGUE E HEMODERIVADOS

Conc. de Hemácias: _____ ml Plasma Normal: _____ und.

Conc. de Plaquetas: _____ und. Crioprecipitado: _____ und.

Plasma Fresco: _____ und. Outros: _____

APLICAÇÃO

Médico Responsável

AGÊNCIA TRANSFUSIONAL DE MONÇÃO
RELATÓRIO DE TRANSFUÇÃO

Nome do Paciente: _____

Número de Bolsa: _____

Apto ou Enfermaria: _____

Data: ____/____/____

TESTE DE COMPATIBILIDADE:

Salina: _____

Albumina: _____

Combs: _____

TIPAGEM SANGUÍNEA:

Sistema ABO: _____

Sistema RH: _____

Fenótipo: _____

SANGUE E HEMODERIVADOS

Conc. de Hemácias: _____ ml Plasma Normal: _____ und.

Conc. de Plaquetas: _____ und. Crioprecipitado: _____ und.

Plasma Fresco: _____ und. Outros: _____

APLICAÇÃO

Médico Responsável



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETÁRIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE MONÇÃO
PSICOLOGIA



RELATÓRIO DIÁRIO

PSICOLOGO(A):

DATA:

TURNO: SD ()

PACIENTES ADMITIDOS:

	PACIENTE	OBSERVAÇÕES	CLÍNICA	ENTREVISTA PSICOLOGIA
01				
02				
03				
04				
05				
06				
07				
08				
09				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

OBSERVAÇÕES:

ÓBITOS

01	PACIENTE	CLINICA
02		
03		

PACIENTES EM ACOMPANHAMENTO DIRETIVO

	PACIENTE	CLINICA/LEITO	MOTIVO:
01			
02			
03			
04			
05			

OBSERVAÇÕES GERAIS:

Recebi o plantão às _____ encerro o plantão às _____.

Assinatura e carimbo

**ESTADO DO MARANHÃO
SECRETÁRIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE MONÇÃO
SERVIÇO SOCIAL**

RELATÓRIO DIÁRIO

ASSISTENTE SOCIAL: _____ **DATA:** __/__/__ **TURNO:** SD() SN()

PACIENTES ADMITIDOS:

	PACIENTE	PROCEDÊNCIA	CLINICA	ENTREVISTA SOCIAL
01				
02				
03				
04				
05				
06				
07				
08				
09				
10				
11				

AUTORIZAÇÕES

	ASSUNTO	PACIENTE	PROFISSIONAL CIENTE
01			
02			
03			
04			

ENCAMINHAMENTOS

	ORGÃO	PACIENTE	ASSUSNTO
01			
02			
03			
04			

ÓBITOS

	PACIENTE	CLINICA
01		
02		
03		
04		

EQUIPE	PLANTONISTA	DIARISTA	
ENFERMEIRO			
TÉCNICO		FISIOTERAPEUTA	MÉDICO
TÉCNICO			
TÉCNICO			

CHECK LIST SSVV	OBSERVAÇÕES
BIC	
GLICOSÍMETRO	
TERMÔMETRO	
P.A	
OXÍMETRO	

PACIENTE DO PLANTÃO ANTERIOR		
LEITO	PACIENTE	CLÍNICA
01		
02		
03		
04		
05		

❖ **CENSO DIÁRIO: ADMISSÃO** (NOME DO PACIENTE, PROCEDÊNCIA, DIAGNÓSTICO)

LEITO	PACIENTE	PROCEDÊNCIA	ESPECIALIDADE

❖ **TRANSFERÊNCIA INTERNA OU EXTERNA:** (NOME DO PACIENTE, DESTINO, LEITO):

LEITO ATUAL	PACIENTE	LEITO	DESTINO

❖ **ALTA:** (NOME DO PACIENTE, MOTIVO, MÉDICO):

SETOR	LEITO	PACIENTE	MOTIVO	MÉDICO

OBSERVAÇÕES

OCORRÊNCIAS E INTERCORRÊNCIAS

ASSINATURA E
CARIMBO

TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

EQUIPE:	PLANTONISTA	MAQUEIRO
ENFERMEIRO		
MÉDICO		SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM
TÉCNICOS DE ENFERMAGEM		

CHECK LIST SSVV E MATERIAIS	OBSERVAÇÕES
BIC	
GLICOSÍMETRO	
TERMÔMETRO	
P.A	
OXÍMETRO	
ALMOTOLIAS	

❖ RECEBEMOS O PLANTÃO COM _____ PACIENTES INTERNADOS.

❖ ADMISSÃO:

LEITO/ ENF.	PACIENTE	MÉDICO	PROCEDIMENTO/OBSERVAÇÃO

❖ ALTA:

LEITO/ ENF.	PACIENTE	MÉDICO	PROCEDIMENTO/OBSERVAÇÃO

❖ TRANSFERÊNCIA EXTERNA:

DATA: ___/___/___ TURNO: _____
SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM

EQUIPE DE ENFERMAGEM

SUPERVISÃO: _____ ENFERMEIRO (A): _____

TÉCNICOS DO PREPARO: _____ TÉCNICO DE ARSENAL: _____

TÉCNICO DA LIMPEZA E DESINFECÇÃO: _____ FALTOSOS: _____

MATERIAIS DO ARSENAL

MATERIAL	QTD	MATERIAL	QTD	MATERIAL	QTD
AVENTAL		CUBA RIM ESTÉRIL		PINÇA DURVAL	
AFASTADOR DOYAN		CURETAS			
AFASTADOR FARABEU		CX 3,5 ORION		PINÇA FAURE	
AFASTADOR GOSSET		CX 4,5 ORION		PINÇA FOESTER	
AFASTADOR LANGENBERG		CAX APENDICECTOMIA		PINÇA HARTMAN	
AFASTADOR MALEÁVEL		CX BÁSICA		PINÇA KELLY CURVA	
AFASTADOR SUPRA PÚBICA		CX LAPAROTOMIA		PINÇA KELLY RETA	
AFASTADOR VOLKMANN		CX PERFUROCORTADOR PNEUMÁTICO		PINÇA KOCHER	
AFASTADOR WEITLANER		CX SUBCLÁVIA		PINÇA MIXTER	
ALGODÃO ORTOPÉDICO		CX SUTURA		PINÇA MOSQUITO CURVA	
ALMOTOLIA		FAIXA SMARCH		PINÇA MOSQUITO RETA	
AMBÚ		FIO DE CERCLAGEM		PINÇA MUSEUX	
APARADEIRA		FIOS Nº1,0		PINÇA PEAN	
ARRUELAS		FIOS Nº1,5		PINÇA POZZI	
ATADURAS		FIOS Nº2,0		PINÇA PRICE THOMAS	
BACIAS ESTÉRIL		FIOS Nº2,5		PINÇA ROCHESTER	
BACIAS SIMPLES		FIOS Nº3,0	CX TRÉPANO	PINÇA SANTISKY	
BANDEJA DE MEDICAÇÃO		FIOS Nº3,5		PINÇA VERBRUIGUE	
BANDEJA DE DEGERMAÇÃO		FIOS Nº4,0		PINÇA CRILE RETA	
BROCA 2,0		FIOS Nº4,5		PONTA ASPIRADOR	
BROCA 2,5		FIOS Nº5,0		PONTEIRA BISTURI	
BROCA 3,2		FORMÃO		PONTEIRA DRILL	
BROCA 3,5		KAI-KAI		PORTA AGULHA	
BROCA 4,5		KIT CATETERISMO		RICARDÃO/RICARDINHO	
BROCA 5,0		KIT CURATIVO SIMPLES		RUGINA	
CABO BISTURI		KIT NEBULIZAÇÃO		SACABOCADA	
CAMPO FENESTRADO 120X120		KIT RAQUIANESTESIA		SERRA DE GIGLE	



REQUISIÇÃO DE EXAMES DE LABORATÓRIO

NOME: _____

DATA DE NASC.: ____/____/____

SEXO: () MAS. () FEM.

DATA: ____/____/____



REQUISIÇÃO DE EXAMES DE LABORATÓRIO

NOME: _____

DATA DE NASC.: ____/____/____

SEXO: () MAS. () FEM.

DATA: ____/____/____



 HOSPITAL REGIONAL DE MONÇÃO	REQUISIÇÃO DE MATERIAIS		SETOR:	
	<input type="checkbox"/> MAT.HOSP. <input type="checkbox"/> MEDIC. <input type="checkbox"/> MAT. EXP.		  	
DECRIMINAÇÃO/CONCENTRAÇÃO	APRESENTAÇÃO	QUANTIDADE		
		PEDIDA	FORNECIDA	
DATA ____/____/____ _____ Requisitante	DATA ____/____/____ _____ Fornecido	DATA ____/____/____ _____ Recebido		

 HOSPITAL REGIONAL DE MONÇÃO	REQUISIÇÃO DE MATERIAIS		SETOR:	
	<input type="checkbox"/> MAT.HOSP. <input type="checkbox"/> MEDIC. <input type="checkbox"/> MAT. EXP.		  	
DECRIMINAÇÃO/CONCENTRAÇÃO	APRESENTAÇÃO	QUANTIDADE		
		PEDIDA	FORNECIDA	
DATA ____/____/____ _____ Requisitante	DATA ____/____/____ _____ Fornecido	DATA ____/____/____ _____ Recebido		

HOSPITAL REGIONAL DE MONÇÃO
RESUMO DE ALTA

N° Prontuário:		N° cartão do sus:	
Nome:			
Clínica:		Médico assistente:	
DIAGNÓSTICO E RESUMO DA EVOLUÇÃO INTRA-HOSPITALAR			
Diagnóstico:			
Resumo da internação:			
Terapêutica Básica:			
Procedimentos:			
Orientação na Alta:			
TRATAMENTO			
TIPO	OPERAÇÃO		EFICÁCIA
<input type="checkbox"/> Clínico <input type="checkbox"/> Cirúrgico <input type="checkbox"/> Clínico Cirúrgico	Principal:		<input type="checkbox"/> Eficaz <input type="checkbox"/> Ineficaz
	Acessório:		
DATA INTERNAÇÃO:	DATA DA ALTA:		DIAS DE HOSPITALIZAÇÃO:
____/____/____	____/____/____		_____
ALTA			
CONDIÇÕES	TIPO		ÓBITO
<input type="checkbox"/> Curado <input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Estacionário <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Decisão Médica <input type="checkbox"/> A Pedido <input type="checkbox"/> Por Indisciplina <input type="checkbox"/> Tratamento Ambulatorial <input type="checkbox"/> Transfe. para outro Hospital <input type="checkbox"/> Veio só para Diagnóstico <input type="checkbox"/> Outros		<input type="checkbox"/> Sem Tratamento <input type="checkbox"/> Decurso Trat. Clínico <input type="checkbox"/> Operatório <input type="checkbox"/> Pós-operatório (12h) <input type="checkbox"/> Pós-operatório (24h) <input type="checkbox"/> Pós-operatório (1° semana) <input type="checkbox"/> Pós-operatório (até 40 dias) <input type="checkbox"/> Outros
DATA PREENCHIMENTO		ASSINATURA DO MÉDICO COM CARIMBO	
____/____/____			

HOSPITAL REGIONAL DE MONÇÃO

SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES PARA ESTOQUE EM AGÊNCIA TRANSFUSIONAL

CONCENTRATO DE HEMÁCIAS	QUANTIDADE SOLICITADA	QUANTIDADE ATENDIDA
O+		
A+		
B+		
AB+		
O-		
A-		
B-		
AB-		

CONTROLE DE TEMPERATURA CAIXA TÉRMICA CX Nº

TEMP. CX (SAÍDA AGÊNCIA TRANSFUSIONAL)	
TEMP. CX (CHEGADA HEMOMAR)	
TEMP. CX (SAÍDA HEMOMAR)	
TEMP. CX (CHEGADA AGÊNCIA TRANSFUSIONAL)	

CONCENTRATO DE PLAQUETAS	QUANTIDADE SOLICITADA	QUANTIDADE ATENDIDA
O		
A		
B		
AB		

CONTROLE DE TEMPERATURA CAIXA TÉRMICA CX Nº

TEMP. CX (SAÍDA AGÊNCIA TRANSFUSIONAL)	
TEMP. CX (CHEGADA HEMOMAR)	
TEMP. CX (SAÍDA HEMOMAR)	
TEMP. CX (CHEGADA AGÊNCIA TRANSFUSIONAL)	

PLASMA FRESCO CONGELADO	QUANTIDADE SOLICITADA	QUANTIDADE ATENDIDA
O		
A		
B		
AB		

CONTROLE DE TEMPERATURA CAIXA TÉRMICA CX Nº

TEMP. CX (SAÍDA AGÊNCIA TRANSFUSIONAL)	
TEMP. CX (CHEGADA HEMOMAR)	
TEMP. CX (SAÍDA HEMOMAR)	
TEMP. CX (CHEGADA AGÊNCIA TRANSFUSIONAL)	

CRIOPRECIPITADO	QUANTIDADE SOLICITADA	QUANTIDADE ATENDIDA
O		
A		
B		
AB		

CONTROLE DE TEMPERATURA CAIXA TÉRMICA CX Nº

TEMP. CX (SAÍDA AGÊNCIA TRANSFUSIONAL)	
TEMP. CX (CHEGADA HEMOMAR)	
TEMP. CX (SAÍDA HEMOMAR)	
TEMP. CX (CHEGADA AGÊNCIA TRANSFUSIONAL)	

DATA: ____/____/____

RESPONSÁVEL SOLICITAÇÃO (MÉDICO/A.T.): _____

RESPONSÁVEL PELO TRANSPORTE: _____

ENTREGUE POR: _____

HOSPITAL REGIONAL DE MONÇÃO

SOLICITAÇÃO DE SANGUE/HEMOCOMPONENTE

Nome do Paciente: _____

Nº Prontuário: _____ Leito: _____ Sexo: Masc. Fem., Idade: _____ Peso: _____

Diagnóstico: _____

Hemocomponente(S) Solicitado(S): (Especificar Volume e Quantidade)

Conc. De Hemácias <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pobre Leucócitos <input type="checkbox"/> Deleucocitado ou Filtrado <input type="checkbox"/> Lavado <input type="checkbox"/> Irradiado	Conc. De Hemácias <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Deleucocitado ou Filtrado <input type="checkbox"/> Irradiado	Plasma Fresco Congelado <input type="checkbox"/> _____ Crio Precipitado <input type="checkbox"/> _____
--	--	---

Dados Laboratoriais que Justificam a Indicação da Transfusão:

HB _____ ou HT: _____ Nº De Plaquetas: _____ TAP: _____ TTPA: _____ Fibrinogênio: _____ Obs.: _____
Transfusões Previas? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Teve Reação Transfusional? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual Tipo: _____

Tipo da Transfusão:

Programada Dia: ____/____/____ Hora: _____ <input type="checkbox"/> Não Urgente (Dentro de 24h) <input type="checkbox"/> Urgente (Dentro de 3h) <input type="checkbox"/> De Extrema Urgência (Qualquer Retardo Acarretara Risco Para a Vida)

Localização do Paciente:

<input type="checkbox"/> Ambulatório	<input type="checkbox"/> Clínica Cirúrgica	<input type="checkbox"/> Gineco/Obstetrícia	<input type="checkbox"/> UTI
<input type="checkbox"/> Clínica Medica	<input type="checkbox"/> Pediatria	<input type="checkbox"/> Emergência/SPA	<input type="checkbox"/> Residência

Data: ____/____/____ Hora: _____

Assinatura e Carimbo Médico

(Uma requisição incompleta, inadequada ou ilegível não deverá ser aceita pelo serviço de hemoterapia.)
(as transfusões devem ser realizadas, preferencialmente no período diurno, por médico ou profissional de saúde legalmente habilitado para tal, isto é, só podem ser realizadas em local em que haja, pelo menos, um médico presente, que possa intervir em casos de reações ou complicações.)

Em cumprimento a resolução – RDC nº 153, publicada em 14/06/2004 (que substitui a resolução Nº 343/02/MS), e 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

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Declaro estar ciente dos riscos transfusionais a que possa estar submetido o(a) paciente em questão, por não serem realizadas as provas imunematológicas. O paciente esta sob a minha responsabilidade.

Data: ____/____/____ Hora: _____

Assinatura e Carimbo Médico

**HOSPITAL REGIONAL DE MONÇÃO
MONÇÃO-MA**

SOLICITAÇÃO DE TOMOGRAFIA

PACIENTE: _____ IDADE: _____

HD: _____

SINAIS VITAIS:

PA: _____ SPO2: _____ GLASGOW: _____

EXAME FÍSICO:

JUSTIFICAR URGÊNCIA:

ANEXAR: EXAMES DE IMAGEM REALIZADOS, EVOLUÇÃO MÉDICA DO DIA, RG, CARTÃO DO SUS E APAC.

ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO

TERMO DE TROCA DE PLANTÃO

Eu, _____
Solicito autorização para trocar o plantão _____ do dia ____/____/____ com o (a) colega _____
_____ Comprometo-me a fazer o
seu plantão _____ do dia ____/____/____.

Monção, _____ de _____ de _____

Colaborador Solicitante

Chefe de Setor

Colaborador Substituto

Administrativo Local

OBS.: ESSA TROCA DEVERÁ SER FEITA DENTRO DO MESMO MÊS E COM 48 HORAS DE ANTECEDÊNCIA.

TERMO DE TROCA DE PLANTÃO

Eu, _____
Solicito autorização para trocar o plantão _____ do dia ____/____/____ com o (a) colega _____
_____ Comprometo-me a fazer o
seu plantão _____ do dia ____/____/____.

Monção, _____ de _____ de _____

Colaborador Solicitante

Chefe de Setor

Colaborador Substituto

Administrativo Local

OBS.: ESSA TROCA DEVERÁ SER FEITA DENTRO DO MESMO MÊS E COM 48 HORAS DE ANTECEDÊNCIA.

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE	CNES
--	------

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE		Nº DO PRONTUÁRIO	
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	DATA DE NASCIMENTO	SEXO Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>	RAÇA/COR ETNIA
NOME DA MÃE	DDD	TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE	
NOME DO RESPONSÁVEL	DDD	TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)			
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	CÓD. IBGE MUNICÍPIO	UF	CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	SERVIÇO	CLASS	NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	QTDE.
----------------------------------	---------	-------	--------------------------------	-------

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	QTDE.
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	QTDE.
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	QTDE.
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	QTDE.
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	QTDE.

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

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO	CID10 PRINCIPAL	CID10 SECUNDÁRIO	CID10 CAUSAS ASSOCIADAS
OBSERVAÇÕES			

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	DATA DA SOLICITAÇÃO	ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO)
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	CÓD. ÓRGÃO EMISSOR	Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		
DATA DA AUTORIZAÇÃO	ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE	CNES
--	------

HOSPITAL REGIONAL DE MONÇÃO
FICHA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

NOME: _____ **DN:** _____

MÃE: _____ **CPF/CNS:** _____

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: _____

ESCOLARIDADE: _____ **DIAGNÓSTICO:** _____

1.DATA DO SINISTRO: ____/____/____

2. HORA DO

SINISTRO: ____/____/____

3.TIPO DE VÍTIMA: () CONDUTOR () PEDESTRE () PASSAGEIRO () PESSOA
CONDUZINDO EM LOCAL INADEQUADO

5.CONDIÇÃO DA VÍTIMA: () CONSIENTE () INCONSCIENTE () MORTO

5.MEIO DE LOCOMOÇÃO DA VÍTIMA NO MOMENTO DO SINISTRO: () A PÉ ()
AUTOMÓVEL () MOTOCICLETA

() BICICLETA () VEÍCULO PESADO () AMBULÂNCIA () VEÍCULO DE TRACÇÃO
ANIMAL () ANIMAL MONTADO

6.MEIO DE LOCOMOÇÃO DA VÍTIMA AO CHEGAR NA UNIDADE SENTINELA: () Veículo
particular () Viatura policial () Resgate () Ambulância () Coletivo () A pé () Outros

7.Outra parte envolvida no sinistro: () Automóvel () Motocicleta () Bicicleta () Ônibus ()
Objeto fixo () Animal () Veículo pesado () Veículo de tração () Animal montado ()
Pedestre

8.CEP: _____

9.Município da ocorrência: _____

10.Lagradouro: _____

11.Bairro: _____

12.A ocorrência se deu durante o trabalho ou no trajeto para o trabalho: () Sim () Não

13.Outro fator relacionado ao setor de transporte: () Buraco na via () Ausência de sinalização ()
Travessia de pedestre fora da faixa () Desvio de animal na pista () Pedestre alcoolizado () Nenhum
outro fator () Outro fator _____

14.Ocupação relacionada ao setor de transporte: () Sim () Não () Não se aplica

15. Natureza da ocupação relacionada ao setor de transporte: () Motorista de carro de passeio ()
Motorista de táxi () Motorista de ônibus () Motorista de caminhão () Moto táxi () Ciclista ()
Condutor de veículo de tração de animais () Outros: _____ Não se aplica: ()

16. Natureza do sinistro: () Colisão () Atropelamento () Tombamento-capotamento () Choque
com objeto fixo

17. Excesso de velocidade pelo condutor: () Sim () Não

18.Sono-fadiga do condutor: () Sim () Não

19. Condutor possui habilitação? () Sim () Não

20. Uso de celular: () Sim () Não

21. Uso de bebida alcóolica pelo condutor: () Sim () Não

22. Desrespeito ao semáfora: () Sim () Não

23. Uso de cinto de segurança – equipamento de retenção pela vítima: () Sim () Não

24. Uso de capacete pela vítima: () Sim () Não

25: Evolução em 72 h do atendimento no serviço: () Alta hospitalar () alta com encaminhamento
ambulatorial () Internação hospitalar () Transferência para outra unidade de saúde () Evasão ()
Óbito

FICHA DE REGISTRO DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

MUNICÍPIO DE OCORRÊNCIA:	
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: _____	
NOME: _____ SEXO: _____ IDADE: _____	
DATA DO ACIDENTE: ____/____/____	
UNIDADE DE SAÚDE: _____	
LOCAL DO ACIDENTE:	
RUA: _____ BAIRRO: _____	
HOVE ATENDIMENTO DOS ENVOLVIDOS? () SIM () NÃO	
SE SIM, QUAL O PROCEDIMENTO? _____	
VÍTIMA FATAL	() PEDESTRE () PASSAGEIRO DE VEÍCULO () MOTORISTA () IGNIRADO
VÍTIMA NÃO FATAL	() PEDESTRE () PASSAGEIRO DE VEÍCULO () MOTORISTA () IGNIRADO
VEÍCULOS ENVOLVIDOS	() MOTO () BICICLETA () AUTOMÓVEL () ÔNIBUS () CAMINHÃO () OUTROS: _____ () IGNORADO
TIPO DE ACIDENTE	() COLISÃO () ALBARROAMENTO () TOMBAMENTO () ATROPELAMENTO () CAPOTAMENTO OUTROS(): _____
ACIDENTE DE TRÂNSITO	() SIM () NÃO SE SIM, EXPLIQUE: _____

OBSERVAÇÕES:

ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE MONÇÃO

CNPJ: 07.917.074/0001-36

RUA DA JAQUEIRA, S/N, CEP: 65360-000, MONÇÃO – MA

TEL: (98)991476411

FICHA DE EXAME ANATOMOPATOLÓGICO

NOME: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____, CIDADE: _____

ENDEREÇO: _____

EXAME:

() ANATOMOPATOLÓGICO

MATERIAL:

CIRURGIA:

DADOS CLÍNICOS:

MÉDICO (CARIMBO E ASSINATURA)



ÁLCOOL

Data: ___/___/___

Prox. Troca: ___/___/___

Resp: _____



ÁLCOOL

Data: ___/___/___

Prox. Troca: ___/___/___

Resp: _____



ÁLCOOL

Data: ___/___/___

Prox. Troca: ___/___/___

Resp: _____



ÁLCOOL

Data: ___/___/___

Prox. Troca: ___/___/___

Resp: _____



ÁLCOOL

Data: ___/___/___

Prox. Troca: ___/___/___

Resp: _____



ÁLCOOL

Data: ___/___/___

Prox. Troca: ___/___/___

Resp: _____



ÁLCOOL

Data: ___/___/___

Prox. Troca: ___/___/___

Resp: _____



ÁLCOOL

Data: ___/___/___

Prox. Troca: ___/___/___

Resp: _____



ÁLCOOL

Data: ___/___/___

Prox. Troca: ___/___/___

Resp: _____



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

Pelo presente termo eu, (nome completo)

Paciente
 Responsável (Grau de parentesco e nome do(a) paciente _____),
(nacionalidade) _____, (estado civil) _____, portador da Cédula de Identidade nº
_____ inscrito no CPF sob o nº _____, residente e domiciliado no
endereço _____,
declaro para os devidos fins de direito que:

1. Fui informado(a) pelo(a) médico(a) Dr.(a) _____, CRM/MA nº
_____, de que as avaliações e os exames realizados revelam a necessidade e indicação de procedimento
cirúrgico de _____.

3. Após os esclarecimentos que me foram prestados, optei pela realização do procedimento cirúrgico ora autorizado,
com o qual concordo em ser submetido e autorizo o(a) médico(a) acima e demais profissionais por ele(a) selecionados,
a realizarem o referido ato cirúrgico, comprometendo-me a seguir a todas as instruções pós-operatórias necessárias ao
meu restabelecimento, que constarão em prontuário e/ou receituário médico, por ocasião de meu acompanhamento.

4. Sou sabedor(a) que devo informar antes da realização da cirurgia, aos cirurgiões e anestesistas, TODOS os
medicamentos que estou utilizando, pois muitos podem causar problemas no período intra e pós-operatório, bem como
TODOS os medicamentos que não posso usar.

5. Também fui informado(a) que as cirurgias, independente de todos os cuidados a serem tomados, experiência
profissional e técnica adequada a ser utilizada, sempre envolvem riscos e podem levar a complicações conhecidas e
outras imprevisíveis, inclusive no pós-operatório, razão pela qual autorizo a equipe médica a realizar, nesses casos,
qualquer procedimento adicional que vise meu benefício, controle ou cura dessa ou de outra patologia.

6. Estou ciente da possibilidade de transfusão de sangue e seus componentes (hemácias, plasma fresco, crioprecipitado)
durante a minha internação no HOSPITAL REGIONAL DE MONÇÃO - HRM e, se for necessário serei contatado(a)
pela Agência Transfusional (Banco de Sangue) que procederá a coleta de uma amostra de sangue para classificação
ABO/Rh e prova cruzada. Serão solicitados doadores de sangue que para o Hemocentro de referência (em caso de
cirurgias eletivas).

7. No caso específico da cirurgia indicada para o meu tratamento, fui informado(a) sobre as complicações mais
frequentemente, as quais me foram explicadas pelo(a) médico(a), tendo compreendido seus significados. Estou ciente de que
seria impossível para o(a) médico(a) me descrever TODAS as complicações e ou riscos possíveis de acontecer no
tratamento que me está sendo proposto, mas que fui informado(a) a respeito das situações mais frequentes.

8. Fui esclarecido(a) também que existem formas e métodos eficazes para calcular com precisão e tempo, a capacidade
e o resultado final de cicatrização de tecidos como pele, músculos, gordura, vísceras e ossos, após o procedimento
cirúrgico. Fui também orientado(a) de que uso de fumo e álcool podem prejudicar a cicatrização, limitando o sucesso
da cirurgia.

9. Da mesma forma, fui informado(a) que existem complicações associadas a anestesia proposta para minha cirurgia,
como reações alérgicas, pouco ou mais graves, aos anestésicos e demais medicamentos a serem administrados.

10. Igualmente sou sabedor(a) de que, apesar da capacidade técnica e dos esforços de meu (minha) médico(a), não existe garantia ou segurança ABSOLUTA no resultado desta cirurgia.

11. Consinto, portanto ao(à) médico(a) supra identificado(a) a realizar o(s) procedimento(s) e permito que utilize seu julgamento técnico para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis através dos recursos conhecidos na atualidade pela Medicina e disponíveis no local onde se realizará o(s) procedimento(s).

12. Estou ciente de que, durante o procedimento indicado, poderão ocorrer problemas locais como: sangramento, infecção, lesões de vasos, vísceras ou outras estruturas anatômicas, assim como alterações gerais como: distúrbios ou disfunções cardíacas, respiratórias, renais, nefrológicas, hematológicas, hepáticas, gastrointestinais, urinárias, vasculares (inclusive tromboembolismo), infecção generalizada (Sepse) ou reação adversa a drogas que podem, inclusive, levar ao óbito.

Monção, ____/____/____

Assinatura do paciente ou responsável

Carimbo e Assinatura do médico

() Prestei todas as informações necessárias ao paciente ou seu representante legal, conforme o termo acima.

() Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Informado, por tratar-se de situação de EMERGÊNCIA.

Circunstâncias de Emergência / Risco de Morte: Preencher este Consentimento Informado “Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Informado, por tratar-se de situação de EMERGÊNCIA”.

Declaro que, devido ao estado clínico do paciente ou à emergência/risco de morte identificado, não foi possível fornecer ao paciente as informações necessárias para obtenção deste Consentimento Informado. Por este motivo, na tentativa de afastar os riscos prejudiciais à saúde e à vida, solicitei transfusão de hemocomponentes em quantidade suficiente para melhorar sua situação clínica do paciente, com base em avaliação técnica.

Médico solicitante: _____ CRM nº: _____

Carimbo e Assinatura

FICHA DE ADMISSÃO FISIOTERAPÊUTICA

UCI

Leito: _____ Data da Admissão: ____/____/____ Hora: ____:____:____
 Nome: _____ DN: ____/____/____
 Idade: _____ Sexo: () F () M Peso: _____ Altura: _____
 Procedência: _____ Diagnóstico: _____
 Fisioterapeuta Plantonista: _____ (SD) (SN) Médico: _____

MOTIVO DA ADMISSÃO – HDA:

EXAME FÍSICO

Sinais Vitais: FC: _____ bpm FR: _____ irpm PA _____ x _____ mmHg Tax: _____ ° C SPO2 _____ %
 Estado Nutricional: _____ Abdome: _____
 Feridas: _____ Drenos: _____ Cianose: () SIM () NÃO
 Edema: () SIM () NÃO Luxações: () SIM () NÃO () Úlceras de Decúbito: () SIM () NÃO
 Fraturas: () SIM () NÃO Deformidades: () SIM () NÃO

AVALIAÇÃO E SUPORTE RESPIRATÓRIO

() Taquipnéico () Bradipnéico () Eupnéico **Padrão Ventilatório:** _____
 Deformidades Torácicas: () SIM () NÃO Tiragens: () SIM () NÃO _____
 Enfisema Subcutâneo: () SIM () NÃO Secreção: _____

Ausculta Pulmonar: _____

() AA () Oxigenoterapia: CN _____ l/min MNR _____ l/min Venturi _____ %/ _____ l/min () VNI

PARÂMETROS VENTILATÓRIOS DA ADMISSÃO

() VMI TOT () CL: _____ Nº _____ Dias de TOT: _____ Pressão Cuff _____ mmHg TQT () Nº _____ Dias de
 TQT: Modo Ventilatório: _____ / VC: _____ PIP: _____ PEEP: _____ FR: _____ FIO2: _____ PC: _____ PS: _____
 SaTO2: _____ TINSPI: _____ SENS: _____ I:E: _____

DADOS GASOMÉTRICOS ADMISSIONAIS

PH _____ (7,35 a 7,45) PaO2 _____ (80 a 100 mmHg) PaCO2 _____ (35 a 45 mmHg)
 HCO3 _____ (22 a 26 molEq) - BE _____ (+2 a -2) SatO2 _____ Lactato: _____ P/F: _____

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA E MOTORA

Glasgow: _____ / **Rass:** _____ **Pupilas:** () Isocóricas () Midriáticas () Anisocóricas () Mióticas
Mobilidade: () Ativa () Passiva; **Sensibilidade:** _____;
Força: () Grau 0 – Paralisia completa, ausência de contração; () Grau 1 – Esforço de contração visível mas não produzindo movimento; () Grau 2 – Movimento ativo possível, mas não vencendo a força de gravidade; () Grau 3 – Movimento ativo possível, vencendo a força de gravidade; () Grau 4 – Movimento ativo vencendo a resistência do observador; () Grau 5 – Força normal.

MOBILIZAÇÃO PRECOCE/ ESCALA DE MOBILIDADE PROGRESSIVA

() Nível 1 () Nível 2 () Nível 3 () Nível 4

OCORRÊNCIAS/INTERCORRÊNCIAS:

FISIOTERAPEUTA RESPONSÁVEL



LIXO INFECTANTE



DESPREZE AQUI APENAS:

GAZES, ATADURA, ALGODÕES,
ESPARADRAPOS CONTENDO
SANGUE NA FORMA LIVRE;
SONDAS, DRENOS, EQUIPOS,
EXTENSORES, COLETORES URINÁRIOS;
BOLSAS DE HEMODERIVADOS;
LUVAS DE PROCEDIMENTOS E/OU
ESTÉRIL.



COMISSÃO DE CONTROLE DE INFEÇÃO HOSPITALAR-CCIH
SERVIÇO DE CONTROLE DE INFEÇÕES RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE-SCIRAS



LIXO INFECTANTE



DESPREZE AQUI APENAS:

GAZES, ATADURA, ALGODÕES,
ESPARADRAPOS CONTENDO
SANGUE NA FORMA LIVRE;
SONDAS, DRENOS, EQUIPOS,
EXTENSORES, COLETORES URINÁRIOS;
BOLSAS DE HEMODERIVADOS;
LUVAS DE PROCEDIMENTOS E/OU
ESTÉRIL.



COMISSÃO DE CONTROLE DE INFEÇÃO HOSPITALAR-CCIH
SERVIÇO DE CONTROLE DE INFEÇÕES RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE-SCIRAS

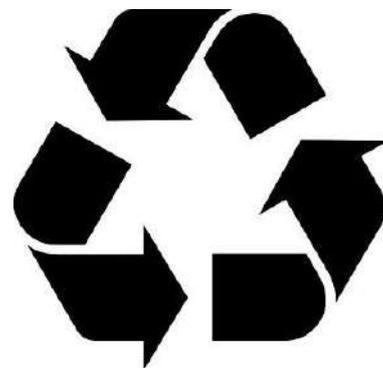


LIXO COMUM



DESPREZE AQUI APENAS:

PAPEIS;
COPOS DESCARTAVEIS;
EMBALAGEM EM GERAL;
RESTOS DE ALIMENTOS;
TOUCAS DESCARTAVEIS.



**ATENÇÃO: RESÍDUOS COMUNS
CONTAMINADOS PASSAM A SER CONSIDERADOS LIXO INFECTANTES.**

COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR-CCIH.
SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÕES RELACIONADAS A ASSISTÊNCIA À SAÚDE.

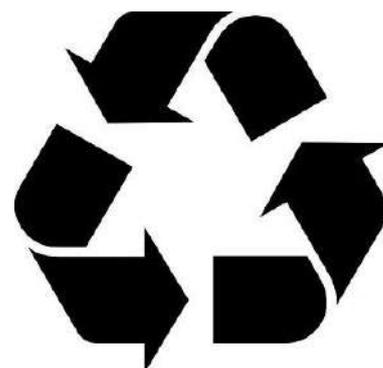


LIXO COMUM



DESPREZE AQUI APENAS:

PAPEIS;
COPOS DESCARTAVEIS;
EMBALAGEM EM GERAL;
RESTOS DE ALIMENTOS;
TOUCAS DESCARTAVEIS.



**ATENÇÃO: RESÍDUOS COMUNS
CONTAMINADOS PASSAM A SER CONSIDERADOS LIXO INFECTANTES.**

COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR-CCIH.
SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÕES RELACIONADAS A ASSISTÊNCIA À SAÚDE.

**HOSPITAL REGIONAL DE MONÇÃO
CENTRO CIRÚRGICO**

DATA: _____ VALIDADE: _____

BANDEJA DE SUBCLÁVIA

Pinça Pean 16cm	01
Tesoura Mayo Stille Reta 19cm;	01
Pinça Anatômica Dissec. Serrilhada 18cm	01
01 Porta Agulha Mayo-Hegar com vídea 18cm	01
01 Cabo de Bisturi nº3	01
Cubas para assepsia 9cm (diâmetro) x 05cm (profundidade).	02

ASSINATURA E CARIMBO



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE	4 - SEXO Mas. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>	5 - Nº DO PRONTUÁRIO
6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	7 - DATA DE NASCIMENTO	8 - RAÇA/COR
9 - NOME DA MÃE	10 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	8.1 - ETNIA
11 - NOME DO RESPONSÁVEL	12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		
14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	15 - Cód. IBGE MUNICÍPIO	16 - UF
		17 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	20 - QTDE.
---------------------------------------	-------------------------------------	------------

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	23 - QTDE.
24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	26 - QTDE.
27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	29 - QTDE.
30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	32 - QTDE.
33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	35 - QTDE.

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

36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO	37-CID10 PRINCIPAL	38-CID10 SECUNDÁRIO	39-CID10 CAUSAS ASSOCIADAS
40 - OBSERVAÇÕES			

SOLICITAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	42- DATA DA SOLICITAÇÃO	45- ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)
43 - DOCUMENTO () CNS () CPF	44 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	47 - Cód. Órgão Emissor	52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)
48 - DOCUMENTO () CNS () CPF	49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
50- DATA DA AUTORIZAÇÃO	51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC a / /

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

54 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE	55 - CNES
---	-----------

CAIXA DE CURETAGEM

ITEM	MATERIAL	QUANT
1	CURETA GINECOLOGICA SCHOROEDER FECHADA N° 5 N° 6	02
2	CURETAS GINECOLOGICAS RECAMIER ABERTA N° 1 N° 3 N° 4 N° 5	04
3	DILATADOR VELA DE HEGAR	02
4	ESPECULO VAGINAL COLLIN Nº 01 E Nº 02	02
5	ESTILETE PORTA ALGODAO UTERINO	05
6	HISTEROMETRO DE SIMS	01
7	PINÇA BACKHAUS	04
8	PINÇA FOERSTER CURVA	01
9	PINÇA FOERSTER RETA	01
10	PINÇA KELLY CURVA ABC	01
11	PINÇA MUSEUX RETA	01
12	PINÇA POZZI	01
13	PINÇA ROCHESTER CURVA	01
14	PINÇA WINTER RETA	01
15	TESOURA METZEMBAUM CURVA	01
16	CUBA REDONDA	01
17	CAIXA DE INOX	01
DATA ESTERILIZAÇÃO:		TOTAL DE PEÇAS: 30
VALIDADE:		CICLO:
AUTOCLAVE:		
RESPONSÁVEL:		

RELATÓRIO DO ENFERMEIRO

CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO - CME

DATA: ____/____/____

TURNO: () SD () SN

ENFERMEIRO ASSISTÊNCIA: _____

TÉCNICO DA DISTRIBUIÇÃO: _____

TÉCNICO DO PREPARO E ESTERILIZAÇÃO: _____

TÉCNICO DA LAVAGEM: _____

TROCA: _____

FALTA: _____

REMANEJADO: _____

1. EQUIPE REALIZOU A PASSAGEM DE PLANTÃO NO SETOR () SIM () NÃO
2. PROTOCOLO DE CONTROLE DE VALIDADE VERIFICADO SIM () NÃO ()
3. REALIZADO TESTE BOWIER DICK () NÃO () SIM
4. TESTE BIOLÓGICO COM IMPLANTES REALIZADO () SIM () NÃO
5. TESTE BIOLÓGICO DIÁRIO REALIZADO () SIM () NÃO
6. CONTROLE DOS CICLO REALIZADO () SIM () NÃO
7. TODOS OS CICLO ESTÃO COM INTERGRADOR () SIM () NÃO
8. CICLO ABORTADO () NÃO () SIM , SE SIM QUANTOS:
9. QUANTIDADE DE CICLO NO TURNO: AUTOCLAVE HI SPEED ____ MODB.200N ____
10. SOLICITADOS OS MATERIAIS DE INSUMOS NA FARMÁCIA () NÃO () SIM () NÃO SE APLICA
11. AUTOCLAVE FUNCIONANDO SIM () NÃO ()
12. SELADORA FUNCIONATE SIM () NÃO () SIM
13. REALIZADO MANUTENÇÃO EM ALGUM EQUIPAMENTO SIM () NÃO () SE SIM,
QUAL: _____
14. RECEBIDO MATERIAL COM DEFEITO () NÃO () SIM , SE SIM QUAL MATERIAL, LOCAL DO
OCORRIDO E ESPECIFICAR O DEFEITO:

15. REALIZADO TROCA DO MATERIAL COM DEFEITO () NÃO () SIM () NÃO SE APLICA

16. ENCONTRADO ALGUMA INCONFORMIDADE NO SETOR SIM () NÃO () SE SIM, ESPECIFICAR

17. REALIZADO LIMPEZA DIÁRIA NO SETOR () SIM () NÃO

18. REALIZADO LIMPEZA SEMANAL (DOMINGO): () SIM () NÃO () NÃO SE APLICA

19. REALIZADO REPOSIÇÃO DAS CAIXAS CONSIGNADAS () SIM () NÃO

20. TEM CAMPO AVULSO NO ARSENAL: () SIM () NÃO TEM

21. TEM INSUMOS NO ARSENAL () SIM () NÃO

22. TEM MATERIAIS DE CONSUMO NO ARSENAL () SIM () NÃO

23. ESTERILIZADO MATERIAIS DE OUTRA UNIDADE () SIM () NÃO, SE SIM QUAL UNIDADE:

24. RELATÓRIO DA DISTRIBUIÇÃO, PREPARO E LAVAGEM REALIZADOS () SIM () NÃO

25. OCORRÊNCIA DO DIA

ASSINATURA E CARIMBO

MATERIAL: _____
DATA: __/__/__ LOTE: _____
VAL.: __/__/__ CICLO: _____
RESP.: _____

MATERIAL: _____
DATA: __/__/__ LOTE: _____
VAL.: __/__/__ CICLO: _____
RESP.: _____

MATERIAL: _____
DATA: __/__/__ LOTE: _____
VAL.: __/__/__ CICLO: _____
RESP.: _____

MATERIAL: _____
DATA: __/__/__ LOTE: _____
VAL.: __/__/__ CICLO: _____
RESP.: _____

MATERIAL: _____
DATA: __/__/__ LOTE: _____
VAL.: __/__/__ CICLO: _____
RESP.: _____

MATERIAL: _____
DATA: __/__/__ LOTE: _____
VAL.: __/__/__ CICLO: _____
RESP.: _____

MATERIAL: _____
DATA: __/__/__ LOTE: _____
VAL.: __/__/__ CICLO: _____
RESP.: _____

MATERIAL: _____
DATA: __/__/__ LOTE: _____
VAL.: __/__/__ CICLO: _____
RESP.: _____

MATERIAL: _____
DATA: __/__/__ LOTE: _____
VAL.: __/__/__ CICLO: _____
RESP.: _____

MATERIAL: _____
DATA: __/__/__ LOTE: _____
VAL.: __/__/__ CICLO: _____
RESP.: _____

RISCO DE LESÃO POR PRESSÃO



**ESTADO DO MARANHÃO
SECRETÁRIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE MONÇÃO
SERVIÇO SOCIAL**

RELATÓRIO DIÁRIO

ASSISTENTE SOCIAL: _____ **DATA:** __/__/__ **TURNO:** SD() SN()

PACIENTES ADMITIDOS:

	PACIENTE	PROCEDÊNCIA	CLINICA	ENTREVISTA SOCIAL
01				
02				
03				
04				
05				
06				
07				
08				
09				
10				
11				

AUTORIZAÇÕES

	ASSUNTO	PACIENTE	PROFISSIONAL CIENTE
01			
02			
03			
04			

ENCAMINHAMENTOS

	ORGÃO	PACIENTE	ASSUSNTO
01			
02			
03			
04			

ÓBITOS

	PACIENTE	CLINICA
01		
02		
03		
04		

