

ATO CONVOCATÓRIO Nº 147/2019/MA

O **INVISA - INSTITUTO VIDA E SAÚDE**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 05.997.585/0001-80, torna público que no período de **23/05/2019 a 28/05/2019**, receberá propostas de preços para aquisição dos serviços e/ou produtos constantes no **Anexo I** deste Ato Convocatório.

1. A presente cotação tem por objeto a escolha da proposta mais vantajosa para a **AQUISIÇÃO DE MATERIAL GÁFICO**, para atender a demanda anual Hospital de Traumatologia e Ortopedia de São Luís/MA, sob a gestão do **INVISA**, através do Contrato de Gestão nº 04/2018/SES, conforme as especificações e quantidades constantes no **Anexo I** deste Ato Convocatório.

2. As propostas de preços deverão ser digitalizadas e enviadas por correio eletrônico para: compras.ma@invisa.org.br no período de **23/05/2019 a 28/05/2019**.

3. O **Anexo II – FORMULÁRIO PADRONIZADO DE PROPOSTA DE PREÇO**, que acompanha este ato convocatório, deverá ser utilizado, **obrigatoriamente**, para a apresentação da proposta.

4. Os Proponentes receberão, por e-mail, comprovante de recebimento das suas propostas enviadas, com indicação do dia e horário de recebimento.

5. A proposta de preço deverá ser redigida em língua portuguesa, com clareza, sem emendas, rasuras, acréscimos ou entrelinhas, devidamente datada e assinada, como também rubricadas em todas as suas folhas pelo licitante ou seu representante, deverá conter, **obrigatoriamente**, conforme as especificações abaixo, sob pena de desclassificação:

- a) Valor unitário e total do item deverão ser expressos em reais;
- b) Deverá constar marca e apresentação do objeto;
- c) Deverá constar fabricante/procedência/nome comercial/referência/descrição exaustiva e características adicionais do objeto que permita identifica-lo e avaliar se o produto atende ou não às especificações mínimas requeridas tais informações deverão constar no campo “observações adicionais” de cada item.
- d) Prazo de validade da proposta deverá ser de 30 (trinta) dias corridos, a contar da data da sua apresentação.

5.1 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.

6. Nas propostas de preços devem constar os dados da empresa como: CNPJ, Inscrição Estadual e/ou Inscrição Municipal, endereço completo, telefone, nome do vendedor, prazo de entrega do produto ou serviço.



INVISA
Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

7. As propostas de preços serão classificadas pelo MENOR PREÇO GLOBAL, devendo o Proponente apresentar em sua proposta de preço todos os itens constantes no Anexo I.

7.1 A empresa vencedora fornecerá pelo período de 12 (doze) meses a quantidade necessária dos produtos para abastecer as Unidades de Saúde do Estado do Maranhão.

7.2 As entregas serão realizadas mensalmente após recebimento da Ordem de Fornecimento – OF emitida pelo contratante.

7.3 O preço será fixo e irrevogável durante o período do fornecimento.

7.4 A alteração de preço dos produtos, objeto deste Ato Convocatório, 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

8. As propostas de preços que não possuírem tais características serão desclassificadas, de modo que não serão inclusos no Processo de Compras.

9. A entrega dos produtos deverá ser realizada no prazo de 07 (sete) dias 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).

10. A entrega dos produtos será realizada no ;

*** Hospital de Trauma e Ortopedia - Rua Catanhede ,620 - Jardim Eldorado, São Luís – MA**

10.1 O Contratante enviará, mensalmente, a quantidade necessária para atender a demanda do mês, através da Ordem de Fornecimento, dos itens constantes na tabela do Anexo I.

11. Realizado o agendamento, após o recebimento da OF (Ordem de Fornecimento), a Contratada deverá enviar por e-mail (compras.ma@invisa.org.br) o cronograma de sua entrega.

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

12.1. 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;

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

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

a) Advertência;



INVISA

Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

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

14. A validade dos produtos deverá ter prazo equivalente a, no mínimo, 75% (setenta e cinco por cento) a partir da data de fabricação do produto, contado da data de fabricação.

15. 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.

16. Os interessados deverão ainda apresentar juntamente com a proposta, documentos que comprovem a constituição da empresa e sua regularidade fiscal, através dos seguintes documentos:

- a) Contrato Social registrado;
- b) Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ);
- c) Certidões negativas de débitos Federais, Estaduais e Municipais da sede da Empresa, válidas na data de entrega das propostas;
- d) Prova de regularidade no recolhimento de contribuições junto ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço válida na data de entrega das propostas;
- e) Certidão de regularidade com os Débitos Trabalhistas (CNDT), válida;
- f) Autorização de funcionamento da Empresa expedida por órgão competente;

17. Informações e esclarecimentos sobre o Ato Convocatório serão prestadas por e-mail: compras.ma@invisa.org.br até 01 (um) útil anterior à data final para recebimento das propostas.

18. O setor de compras do **INSTITUTO VIDA E SAÚDE - INVISA** verificará as propostas apresentadas, desclassificando aquelas que não estejam em conformidade com os requisitos estabelecidos no Ato Convocatório.

19. O **INSTITUTO VIDA E SAÚDE - INVISA** pagará pelas Notas Fiscais que estiverem de acordo com os valores em contrato e correspondente a 100% com a Ordem de Fornecimento (OF), enviada mensalmente pelo setor de compras.

20. A coluna "**Preço Referência**" foram os preços atribuídos a cada item que foram estimados com base nos valores praticados em mercado e havendo propostas de preços superiores ao "**Preço Referência**" **serão aceitas, desde que acompanhadas de justificativa de aumento.**

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

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

24. Havendo eventual empate entre propostas o setor de compras do **INSTITUTO VIDA E SAÚDE - INVISA** informará às Proponentes empatadas o ocorrido por meio eletrônico e solicitará das mesmas nova proposta de preço que deverá ser encaminhada por e-mail em 24h.



INVISA
Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

25. O **INSTITUTO VIDA E SAÚDE - INVISA** convocará a Proponente vencedora por e-mail.

26. Apurada a proposta de menor preço, o setor de compras do **INSTITUTO VIDA E SAÚDE - INVISA** poderá negociar com o Proponente para que seja obtido melhor preço, observado o critério de julgamento, não se admitindo negociar condições diferentes daquelas previstas neste Ato Convocatório.

27. Após declaração da Proponente vencedora, a mesma terá o prazo de 5 (cinco) dias úteis, contados a partir da data de sua convocação para assinar o contrato ou a cumprir o disposto na Ordem de Fornecimento, conforme o caso, sob pena de decair do direito à contratação.

28. 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.

29. 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.

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

31. A apresentação da proposta implica plena aceitação, por parte do Proponente, das condições estabelecidas neste Ato Convocatório e seus Anexos.

Santo Antônio de Pádua/RJ, 23 de maio de 2019.

Bruno Soares Ripardo
Diretor Geral
INVISA – Instituto Vida e Saúde

ANEXO I

ITEM	CÓDIGO	DESCRIÇÃO	UNIDADE	QUANT MÍN	QUANT MÁX	PREÇO REFERÊNCIA
1	4375	BLOCO CAPA DE PRONTUÁRIO	UNI	6000	8400	0,85
2	4376	ENVELOPE BRANCO PERSONALIZADO PARA ENTREGA DE EXAMES (TAM. A4)	UNI	3599	6000	0,70
3	4377	RÓTULO PARA BOLSA DE SANGUE QT	UNI	1196	2400	0,16
4	4378	RÓTULOS DE SOROS QT	UNI	24000	36000	0,16
5	4381	BLOCO FICHA DE ACOMPANHAMENTO	UNI	1200	2400	11,70
6	4383	BLOCO BOLETIM DE PRODUÇÃO AMBULATORIAL - BPA	UNI	120	180	11,70
7	4385	BLOCO ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM	UNI	1200	2400	11,70
8	4386	BLOCO PRESCRIÇÃO ANTIBIOTICOS 2 QT	UNI	60	120	6,60
9	4387	BLOCO PRESCRIÇÃO PSICOTROPICOS 2 QT	UNI	60	120	11,70
10	4389	BLOCO RECEITUÁRIO MÉDICO	UNI	180	240	11,70
11	4391	BLOCO REQUISIÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS	UNI	36	60	11,70
12	4398	RÓTULO DE IDENTIFICAÇÃO PADRÃO	UNI	5800	7200	0,15
13	4400	BLOCO ADMISSÃO DE ENFERMAGEM UTI	UNI	24	48	11,70
14	4401	BLOCO BALANÇO HIDRICO	UNI	12	24	11,70
15	4403	BLOCO BOLETIM DE ANESTESIA	UNI	36	60	11,70
16	4405	BLOCO GASTO DE SALA - CENTRO CIRÚRGICO	UNI	36	60	11,70
17	4406	BLOCO PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA	UNI	36	60	11,70
18	4407	BLOCO SAEP	UNI	36	60	11,70



HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA
E ORTOPEDIA

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA



PRONTUÁRIO N°:

PACIENTE:

OBSERVAÇÃO:



HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA
E ORTOPEDIA

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA



RUA CANTANHEDE, Nº.33, QD.44, JARDIM ELDORADO,
CEP.65075-460, SÃO LUÍS - MA



ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO DE BOLSA

1 - Nome Completo

2 - Nº do Registro Hospitalar

3 - Localização do Paciente

4 - Grupo ABO e Fator Rh do Receptor

RESULTADO DO TESTE DE COMPATIBILIDADE

5 - Prova de Compatibilidade

Realizada Compatível Incompatível

Não Realizada

Data e Nome do Responsável pela realização
dos testes Pré-Transfusionais



HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA
E ORTOPEDIA

RÓTULO DE SORO

NOME:

QUARTO:

LEITO:

SG	_____ %	_____	ml
SF	_____ %	_____	ml
	_____ %	_____	ml
NaCl	_____ 20%	_____	ml
KCL	_____ 19%	_____	ml
	_____ %	_____	ml
	_____ %	_____	ml
	_____ %	_____	ml

GTS/MIN.:

ml/h

ETAPA:

HORA:

RESPONSÁVEL:



Formulário de Consulta de Enfermagem- Ambulatório

FM.SADT.001-00

ENFERMEIRO

Data: ___/___/___

DADOS DO PACIENTE

Nome completo: _____ N° de Atend.: _____
Data de Nascimento: ___/___/___ Jejum Sim A partir de ___h Não Não se aplica

HISTORICO DE SAÚDE

Antecedentes Pessoais:

Doença renal Sim Não Dialítico AVC Prévio Sim Não Cardiopatia : Sim Não
Hepatite Sim Não Diabetes Sim Não Hipertensão: Sim Não
Convulsões Sim Não Asma Sim Não Claustrofobia: Sim Não
Outros Não Sim Qual? _____ Revascularização: Não Sim
Cirurgias Não Sim Qual? _____
Cateterismo Prévio Não Sim Tempo _____ Angioplastia Não Sim Tempo _____

Hábitos de Vida:

Tabagista Sim Não Etilista Sim Não
Sedentário Sim Não Drogas Ilícitas Sim Não

Medicamentos de uso contínuo:

Anticoagulante Não Sim Qual? _____ Outros medicamentos _____
Alergias Não Sim Qual? _____

Evolução de Enfermagem

Large empty box for nursing evolution notes.

Enfermeiro (Assinatura/Carimbo)

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

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

IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)						NOME DO PROFISSIONAL					
CBO		MÊS/ANO		EQUIPE				FOLHA			

SEQUÊNCIA 1

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)						NOME DO PACIENTE							
SEXO Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>		DATA DE NASCIMENTO		NACIONALIDADE		RAÇA/COR		ETNIA		CEP		CÓD. IBGE MUNICÍPIO	
COD LOGRADOURO		ENDEREÇO				NÚMERO		COMPLEMENTO					
BAIRRO		DDD		TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE				E-MAIL					

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO		CÓDIGO DO PROCEDIMENTO				QTDE.		CNPJ			
SERVIÇO		CLASS		CID		CARATER DE ATENDIMENTO				Nº DA AUTORIZAÇÃO	

SEQUÊNCIA 2

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)						NOME DO PACIENTE							
SEXO Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>		DATA DE NASCIMENTO		NACIONALIDADE		RAÇA/COR		ETNIA		CEP		CÓD. IBGE MUNICÍPIO	
COD LOGRADOURO		ENDEREÇO				NÚMERO		COMPLEMENTO					
BAIRRO		DDD		TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE				E-MAIL					

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO		CÓDIGO DO PROCEDIMENTO				QTDE.		CNPJ			
SERVIÇO		CLASS		CID		CARATER DE ATENDIMENTO				Nº DA AUTORIZAÇÃO	

SEQUÊNCIA 3

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)						NOME DO PACIENTE							
SEXO Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>		DATA DE NASCIMENTO		NACIONALIDADE		RAÇA/COR		ETNIA		CEP		CÓD. IBGE MUNICÍPIO	
COD LOGRADOURO		ENDEREÇO				NÚMERO		COMPLEMENTO					
BAIRRO		DDD		TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE				E-MAIL					

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO		CÓDIGO DO PROCEDIMENTO				QTDE.		CNPJ			
SERVIÇO		CLASS		CID		CARATER DE ATENDIMENTO				Nº DA AUTORIZAÇÃO	

RESPONSÁVEL PELO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

CARIMBO	RUBRICA
DATA	/ /

GESTOR MUNICIPAL/ ESTADUAL

CARIMBO	RUBRICA
DATA	/ /

HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA DO MARANHÃO

SOLICITAÇÃO DE ANTIBIÓTICOS DE USO RESTRITO

USO EXCLUSIVO DESTE HOSPITAL

NOME DO PACIENTE:		IDADE:	
SETOR:	LEITO Nº:	Nº PRONTUÁRIO:	DATA DA INTERNAÇÃO:
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:			
JUSTIFICATIVA DE USO:			
ANTIBIÓTICOS:		<input type="checkbox"/> FLUCONAZOL 200mg/100ml OU ____mg <input type="checkbox"/> ACICLOVIR 250mg <input type="checkbox"/> AMPICILINA/SUBACTAM 1+0,5g <input type="checkbox"/> CEFEPIME ()1G ()2G <input type="checkbox"/> CEFOTAXIMA 1G <input type="checkbox"/> CEFTAZIDIMA 1G <input type="checkbox"/> CEFOXITINA 1G <input type="checkbox"/> CEFTRIAXONA 1G <input type="checkbox"/> CIPROFLOXACINO 200mg/100ml OU ____mg	
		<input type="checkbox"/> IMIPENEM/CILASTATINA 500+500mg <input type="checkbox"/> LEVOFLOXACINO 500mg/ml <input type="checkbox"/> MEROPENEM ()500mg ()1G <input type="checkbox"/> MICAFUGINA 100mg <input type="checkbox"/> PIPERACILINA/TAZOBACTAM 4+0,5G <input type="checkbox"/> POLIMIXINA B 500.000 UI <input type="checkbox"/> TEICOPLAMINA ()200mg ()400mg <input type="checkbox"/> VANCOMICINA ()500mg ()1g	
OUTROS MEDICAMENTOS:			
<input type="checkbox"/> ALBUMINA 200g/l ()		<input type="checkbox"/> ANFOTERICINA B LIPOSSOMAL () ANFOTERICINA B	
DOSE/VIA DE ADMINISTRAÇÃO:		CULTURA:	
		<input type="checkbox"/> SIM () NÃO () EM ANDAMENTO	
TEMPO DE USO PRETENDIDO:	DIAS:	USA DISPOSITIVO INVASIVO:	
		<input type="checkbox"/> SIM () NÃO QUAIS?	
MÉDICO(A) SOLICITANTE/CARIMBO:		DATA DA SOLICITAÇÃO:	
PARECER DO INFECTOLOGISTA DA C.C.I.H. <input type="checkbox"/> LIBERADO () INDEFERIDO			
JUSTIFICATIVA/SUGESTÕES/AJUSTES:			
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>			
ASSINATURA:		DATA:	
REGISTRO FARMACÉUTICO			
OBSERVAÇÕES:			
<hr/> <hr/> <hr/>			
ASSINATURA:		DATA:	



HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA
E ORTOPEDIA



GOVERNO DO
MARANHÃO
SECRETARIA DE SAÚDE
SECRETARIA DE SAÚDE



SUS



INVISA

HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA DO MARANHÃO
SOLICITAÇÃO DE PSICOTRÓPICOS E ENTORPECENTES
USO EXCLUSIVO DESTE HOSPITAL

NÚMERO:	00001
NÚMERO DO PRONTUÁRIO	
PACIENTE:	
SETOR:	
MEDICAMENTO:	
MÉDICO SOLICITANTE:	
DISPENSADO PELA FARMÁCIA:	

COD: 2019/FAR/HTO/INVISA/SPE 002

NÚMERO PRONTUÁRIO:	
--------------------	--

NÚMERO:	00001
MEDICAMENTO:	
QUANTIDADE E APRESENTAÇÃO:	
POSOLOGIA:	
SETOR RESPONSÁVEL PELO CONTROLE FARMÁCIA DO HOSPITAL	
ENTREGUE POR:	
RECEBIDO POR:	
DATA:	/ /
VISTO FARMACÊUTICO	

PACIENTE:	_____ DATA: ____/____/____
DIAGNÓSTICO:	_____
SETOR:	_____ LEITO: ____ DATA: ____/____/____
_____ ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO	

COD: 2019/FAR/HTO/INVISA/SPE 002



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

GOVERNO DO MARANHÃO GOVERNO DE TODOS NÓS



RECEITUÁRIO MÉDICO

PACIENTE: _____

Data ____ / ____ / ____

Médico/CRM

RUA CATANHEDE, N: 33, QD: 44, JARDIM ELDORADO, SÃO LUÍS – MA, CEP: 65067-220
TEL: (98)3252-3381, 3252-0285, 3228-9188

11



HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA



SECRETARIA DA SAÚDE

GOVERNO DO MARANHÃO GOVERNO DE TODOS NÓS




Requisição de exames laboratoriais

Nome:		Data Internação: ___/___/___	
Prontuário:		Peso:	Altura:
Convênio:		Apto:	Leito:
Diagnóstico:			
Material: () Sangue () Urina () Secreção Traqueal () Outros () Liquor () Swab () Secreção Incisional			
Data da Coleta: ___/___/___		Hora: ___:___	
Observações de Coleta: _____		Nº Coleta: _____	
_____		Nome/Carimbo coletor _____	

Medicações: () Anti-agregante () Antibiótico () Anticoagulante () Corticosteróide
() Outras: _____

Bioquímica	Hematologia	Hormônios	Imunologia
() Gasometria Arterial	() Hemograma completo	() T3	() Citomegalovirus IgM
() Gasometria Venosa	() VHS	() T4	() VDRL
() Glicose Jejum	() Leucograma	() TSH ultrasensível	() FTA – Abs
() Ureia	() Eritograma	() T3 Livre	() TPHA
() Creatinina	() Hemoglobina (Hb)	() T4 Livre	() Anti-HIV
() Ácido Úrico	() Hematócrito (Ht)	() Testosterona Livre	() Westem Blot (HIV)
() Sódio	() Reticulócitos	() VWA	() Paul Bunnell
() Potássio	() T. de protrombina (TP)+INR	() HSG Insulina	() Rubéola IgG
() Cálcio	() T. de trombolplastina (TTPa)		() Rubéola IgM
() Cálcio Iônico	() Fibrinogênio		() Toxoplasmose IgG
() Cloro	() Falcização	Microbiologia	() Toxoplasmose IgM
() Fósforo	() Cultura	() Cultura	() Chagas (IFI + HMA)
() Magnésio	() Celulas LE	() Bacterioscopia	
() Ferro	() ASLO		
() Ferritina	() Fator Reumatoide		
() Triglicérides	() Muco Proteína		Outros:
() Colesterol Total	() Proteína Ceratina	() Anti-estreptolisina	()
() HDL	() Cultura EAF	() Prot. C Reat. (PCR) Ultrassens	()
() LDL	() Depuração Creatinina	() Fator Reumatóide (FR)	()
() VLDL		() Alfa 1 – Glicoproteína Ácida	()
() Fosfatase Alcalina		() C3	()
() Fosfatase Ácida Total		() C4	()
() Fosfatase Ácida Prostática	Fezes	() IgG Total	
() Amilase	() Protoparasitológico	() IgM Total	
() Desidrogenase Láctica (DHL)	() Sangue Oculto	() IgA Total	
() TGO (AST)	() Coprológico Funcional	() IgE Total	
() TGP (ALT)	() Kato-katz	() Fator Antinuclear (FAN)	
() Gama G.T.	() Pesquisa de Leucócitos	() Anti-peroxidase (Anti-TPO)	
() Bilirrubinas Totais e Frações		() Anti-tireoglobulina	
() CK Total	Urianálise	() HBs Ag	
() CKMB Enzimático	() Urina Tipo 1 EAS	() Anti-Hbs	
() CKMB Massa	() Dismorfismo Eritrocitário	() Anti-HBc IgM	
() Mioglobina	() Proteína de Bence Jones	() HBe Ag.	
() Tropanina	() Cultura + ATB	() Anti-HBe	
() Albumina		() Anti-HAV IgG	
() Proteínas Totais		() Anti-HAV IgM	
() Eletroforese de Proteínas	Testes Cutâneos Tardios	() Anti-HCV	
() Hemogl. Glicosil. (HBA 1c)	() Coom bs D	() LINF. CD4	
() Proteinograma	() Coom bs I	() LINF. CD8	
() Lipase		() Citomegalovirus IgG	

 INSTITUTO DE FÍSICA SAO CARLOS - SP UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO	IDENTIFICAÇÃO DE MATERIAL
MATERIAL:	
PREPARADO:	
VALIDADE:	
LOTE:	
ASS.:	



HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA



SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE



ADMISSÃO DE ENFERMAGEM

I-IDENTIFICAÇÃO E ANTECEDENTES MÓRBIDOS PESSOAIS

Nome: _____
 sexo: _____ Idade: _____ Peso: _____ Leito: _____
 Diagnóstico médico/cirurgia: _____
 Doença(s) crônica(s): _____
 Alergias(s): _____

II- ADMISSÃO NAUTI

Data: ____/____/____ Hora: _____ Procedência: _____
 Motivo da admissão: _____

EXAME FÍSICO

Cabeça e pescoço:

Cabeça: () Sem alterações () Dreno _____ Obs: _____
 Mucosa: () Normocorada () Hidratada () Cianose () Icterícia
 () Hipocorada () Desidratada Obs: _____
 Neurológico: () Acordado () Torporoso () Orientado () Sedado
 () Inconsciente () Agitado () Confuso
 Escala de Glasgow: Abertura ocular () Resposta verbal () Motor () Total: _____ Rass ()
 () Dor Local: _____ Tipo: _____ Intensidade: _____
 Psicoemocional: () Sem alteração () Lábil () Queixoso
 () Deprimido () Ansioso () Choroso
 Comunicação: () Sem alteração () Verbal prejudicada: () Afasia () Disartria () Outros _____
 Pescoço: () Sem alterações () Rigidez de nuca () Gânglios () Trugência de jugulares
 Obs: _____

Pele e Anexos: () Sem alteração () Icterícia (/) () Turgor _____
 () Cianose (/) () Palidez (/) () Lesão por pressão _____
 () Lesão _____ () FO _____
 Obs: _____

Tórax: () Sem alteração () Simetria () Fratura () Outros _____
 () Dreno _____ () Intracathl _____
 () Respiração espontânea: () Ar ambiente () Cateter de O2: _____ l/m
 () Macronebulização: _____ l/m Frequência respiratória: _____ ipm Sat O2: _____ %
 Padrão respiratório: () Eupnéico () Taquipnéico () Dispnéico () Bradpnéico () Apnéia
 () Tiragem intercostal () Batimento de asas do nariz () Hemoptise () Tosse-espectoração
 () Ventilação mecânica: () TOTN° _____ () Traqueostomia N° _____ Modo: _____
 Parâmetros: VC/PC: _____ Frequência: _____
 Peep: _____ FiO2: _____



HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



Auscultura respiratória: () Pulmões livres () estertores ()
 () Creptos: _____ () Roncos: _____
 Cardiovascular: Frequência cardíaca: _____ bpm () Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico
 Pulsos periféricos: () Presente () Ausente () Rítmico Pressão arterial: _____ mmHg
 () Drogas vasoativas: _____
 Temperatura axilar: _____ °C () Hipotérmico () Afebril () Febril () Pirexia () Hiperpirexia
 Obs: _____

Abdome: () Plano () Escafóide () Distendido () Assimétrico () Globoso
 () Visceromegalias () Outros _____ () Doloroso _____
Gastrointestinais: () RHA ausentes () RHA presentes Glicemia: _____
 () Gastrostomia () Jejunostomia () Colostomia Local: _____
 () Vômitos _____ () Hematêmese () Náusea
 () Dreno(s) _____ () SNGN° _____ () SNGN° _____ () SNGN° _____
Hábito intestinal: Frequência _____ () Diarréia _____ /dia
 () Flatulência () Obstipação () Melena
Urinário: () Sem alteração () Hematúria () Poliúria () Diálise peritoneal
 () Incontinência () Piúria () Polaciúria () Hemodiálise
 () Retenção () Colúria () Oligúria () SVDN° _____
 () Disúria () Anúria () CistostomiaN° _____
Genital: () Sem alteração () Leucorréia () Amenorréia () Menopausa () Edema () DST _____
 Obs: _____

Membros:
 Superiores: () Edemas (/) Acesso venoso: () Periférico _____ () Acesso arterial
 Inferiores: () Edemas (/) Acesso venoso: () Periférico _____ () Acesso arterial
 Obs: _____

IV - CONDUTA NA ADMISSÃO

Instalado: () Monitorização hemodinâmica () Oximetria de pulso () Respirador mecânico
 () Verificação de sinais vitais () Aquecimento () Passagem de sonda _____ () Curativo _____
 () Coleta de gasometria arterial: pH _____ PCO² _____ PO² _____ SPO² _____ HCO³ _____
 () realização de hemoculturas

Assinatura do enfermeiro(a) e carimbo

CHECK LIST													
M	T	N	ESCALA DE RICHMOND DE AGITAÇÃO -SEDAÇÃO (RASS)										
			PONTOS	CLASSIFICAÇÃO	DESCRIÇÃO								
			+4	AGRESSIVO	VIOLENTO, PERIGOSO								
			+3	MUITO AGITADO	CONDUTA AGRESSIVA, REMOÇÃO DE TUBOS OU CATETER								
			+2	AGITADO	MOVIMENTO SEM COORDENAÇÃO FREQUENTES								
			+1	INQUIETA	ANSIOSO, MAS SEM MOVIMENTOS AGRESSIVOS OU VIGOROSOS								
			0	ALERTO, CALMO									
			-1	SONOLENTO	NÃO SE ENCONTRA TOTAL ALERTA, MAS TEM O DESPERTAR SUSTENTADO AO SOM DA VOZ(>10seg)								
			-2	SEDAÇÃO LEVE	ACORDA RAPIDAMENTE E FAZ CONTATO VISUAL COM O SOM DA VOZ(>10seg)								
			-3	SEDAÇÃO MODERADA	MOVIMENTO OU ABERTURA DOS OLHOS AO SOM DA VOZ(MAS SEM CONT. VISUAL)								
			-4	SEDAÇÃO PROFUNDA	NÃO RESPONDE AO SOM DA VOZ, MAS MOV. OU ABRE OS OLHOS COM ESTIMULAÇÃO FÍSICA.								
			-5	INCAPAZ DE SER DESPERTADO	NÃO RESPONDE AO SOM DA VOZ OU AO ESTÍMULO FÍSICO								
PROCEDIMENTO DO RASS													
			1-OBSERVAR O PACIENTE * PACIENTE ESTÁ ALERTA, INQUIETO OU AGITADO. (0 a +4)										
			2-SE NÃO ESTÁ EM ALERTA, DIZER O NOME DO PACIENTE E PEDIR PARA ELE ABRIR OS OLHOS E OLHAR P O PROF.										
			*PACIENTE ACORDADO COM ABERTURA DE OLHOS SUSTENTADA E REALIZANDO CONTATO VISUAL. (-1)										
			*PACIENTE ACORDADO REALIZANDO ABERTURA DE OLHOS E CONTATO VISUAL, PORÉM BREVE. (-2)										
			*PACIENTE É CAPAZ DE FAZER ALGUM TIPO DE MOVIMENTO, PORÉM SEM CONTATO VISUAL.(-3)										
			3-QUANDO PACIENTE NÃO RESPONDE AO ESTÍMULO VERBAL REALIZAR ESTÍMULOS FÍSICOS										
			*PACIENTE REALIZA ALGUM MOVIMENTO AO ESTÍMULO FÍSICO.(-4)										
			*PACIENTE NÃO RESPONDE A QUALQUER ESTÍMULO.(-5)										
ESCALA DE GLASGOW													
VARIÁVEIS													
			SCORE										
ABERTURA OCULAR	ESPONTÂNEA		4										
	À VOZ		3										
RESPOSTA VERBAL	À DOR		2										
	NENHUM		1										
	ORIENTADA		5										
	CONFUSA		4										
	PALAVRAS INAPROPRIADAS		3										
RESPOSTA MOTORA	PALAVRAS INCOMPREENSIVAS		2										
	NENHUMA		1										
	OBEDECE COMANDOS		6										
	LOCALIZA DOR		5										
	MOVIMENTO DE RETIRADA		4										
	FLEXÃO ANORMAL		3										
	EXTENSÃO ANORMAL		2										
	NENHUMA		1										
ESCALA NUMERICA DA DOR													
			0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
			DOR MÁXIMA										
BRADEN													
			1 PONTO	2 PONTOS	3 PONTOS	4 PONTOS	PONTUAÇÃO						
ABERTURA OCULAR	PERCEPÇÃO SENSORIAL	COMPLETAMENTE LIMITADO	MUITO LIMITADO	LEVEMENTE LIMITADO	NENHUMA LIMITAÇÃO	RISCO BAIXO 15							
	UMIDADE	COMPLETAMENTE ÚMIDO	MUITO ÚMIDO	OCASIONALMENTE ÚMIDO	RARAMENTE ÚMIDO	MODERADO: 13 E 14							
	ATIVIDADE FÍSICA	ACAMADO	RESTRITO A CADEIRA	CAMINHA OCASIONALMENTE	CAMINHA FREQUENTEMENTE	ELEVADO: 10 a 12							
	MOBILIDADE	COMPLETAMENTE IMOBILIZADO	MUITO LIMITADO	LEVEMENTE LIMITADO	NENHUMA LIMITAÇÃO	MUITO ELEVADO: <9							
	NUTRIÇÃO	MUITO POBRE	PROVAVELMENTE INADEQUADO	ADEQUADO	EXLENTE								
FRICÇÃO	PROBLEMA	POTENCIAL PARA PROBLEMA	NENHUM PROBLEMA APARENTE										
CISALHAMENTO													

AGENTES:		
TÉCNICA:		

CIRURGIÕES:

PROCEDIMENTO

ANESTESISTAS:

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

SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA - SRPA

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

PRESCRIÇÃO	HORÁRIO

DESPERTAR

REFLEXOS NA S.O.: _____ OBSTR: _____
 _____ CO² _____ EXCIT: _____ NAUSEAS: _____
 VÔMITOS: _____ OUTROS: _____

COM CÂNULA PARA: SIM NÃO CONDIÇÕES GERAIS: _____

CONDIÇÕES DE ALTA SRPA

DATA: __/__/__ HORA: __:__:__ PA: __ PULSO: __ SPO²: __

REFLEXO NA S.O.: _____ OBSTR: _____
 _____ CO² _____ EXCIT.: _____ NAUSEAS: _____

DESTINO DO PACIENTE:

CLÍNICA MÉDICA CLÍNICA CIRÚRGICA SEMI-INTENSIVA UTI DOMÍLIO CARDIOLOGIA

OUTROS HOSPITAIS

ASSINATURA E CARIMBO COM CRM

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

ÓBITO: NÃO SIM DATA: __/__/__ HORA: __:__:__

DATA	ASSINATURA E CARIMBO COM CRM
------	------------------------------

16 F



<h1>GASTO DE SALA</h1>				DATA:		ASSINATURA DO CIRCULANTE:		
				CLÍNICA:		ASSINATURA DO INSTRUMENTADOR:		
NOME:				PRONTUÁRIO:		LEITO:		
ANESTESIA:				ÍNICIO:		TÉRMINO:		
CIRURGIÃO:				ANESTESIOLOGISTA:		SALA:		
AUXILIAR - 1:			AUXILIAR - 2:			AUXILIAR - 3:		
PROCEDIMENTO (S):								
DATA HORA:		A. TERMO	NATI-MORTO	ÚNICO MASCULINO		MÚLTIPLOS	MASCULINO	
		PREMATURO	NEO-MORTO	ÚNICO FEMININO			FEMININO	
ITEM	DESCRIÇÃO	QUANT	ITEM	DESCRIÇÃO	QUANT	ITEM	DESCRIÇÃO	QUANT
ATADURAS			DIVERSOS					
1	Algodão Ortopédico n°		23	Pancuronio, brom. 2mg/mL amp		1	Ag. Desc Insulina 13x4,5	
2	Algodão Ortopédico n°		24	Papaverina 100mg/mL amp		2	Ag. Desc Peridural	
3	Atadura Crepe n°		25	Petidina 50mg/mL amp		3	Agulha Descartável 25x6	
4	Atadura Crepe n°		26	Propofol 10mg/mL amp		4	Agulha Descartável 25x7	
5	Atadura Gessada n°		27	Surfentanila 50mcg/mL amp		5	Agulha Descartável 30x7	
6	Atadura Gessada n°		28	Surfentanila 50mcg/mL fr		6	Agulha Descartável 30x8	
7	Atadura Gessada n°		29	Suxametônio 100mg/5mL amp		7	Agulha Descartável 30x10	
8	Algodão Hidrófilo em bola		30	Tiopental 1g fa		8	Agulha Descartável 30x12	
			31	Vecurônio 4mg amp		9	Agulha Descartável de Raque	
						10	Aparelho de barbear desc.	
ANTI-SÉPTICOS/SOLUÇÕES			MEDICAMENTOS					
1	Água Destilada 250mL fr		1	Água para Injeção 10mL amp		11	Bisturi Descartável	
2	Água Destilada 500mL fr		2	Amido Hidroxiético 500mL fr		12	Bolsa Col. Urina Sistema Fechado	
3	Água Oxigenada 1C00mL fr		3	Amiodarona 50mg/mL 3ml amp		13	Bolsa de Colostomia	
4	Álcool a 70% 200mL fr		4	Atropina, Sulf. 0,25mg/mL amp		14	Cal Sodada	
5	AGE - Ác Graxos 200mL fr		5	Bicarb de Sódio 8,4 % amp		15	Cânula para Traqueostomia n°	
6	Clorex 4% Degermante 200mL fr		6	Cefalotina 1g fr		16	Capa para Microcâmara	
7	Clorex - Alcoólica 0,5% 200mL ff		7	Captopril 25mg com		17	Capa para microscópio	
8	Éter Sulfúrico 200mL fr		8	Cefazolima 1g fa		18	Cateter A Venosa - Jelko n°	
9	PVPI - Dgermante 200mL fr		9	Clor. Potásio 10% 10mL amp		19	Cateter Epidural	
10	PVPI - Sol Aquosa 200mL fr		10	Clor. Sódio 0,9% 250mL fr		20	Cateter Nasal - Oxigênio	
11	PVPI - Sol Alcolólica 200mL fr		11	Clor. Sódio 0,9% 500mL fr		21	Cateter P Venosa - n°	
12	S Fisiológ 0.9% 250mL fr		12	Clor Sódio 20% 10ml amp		22	Cateter P Venosa - n°	
13	S Fisiológ 0.9% 500mL fr		13	Dexametasona 4mg/mL 2,5mL fa		23	Cateter P/Aspiração n°	
			14	Dipirona 500mg/mL amp		24	Clamps Umbilical	
			15	Dopamina 50mg/10mL amp		25	Cera para osso	
ANESTÉSICOS e COADJUVANTES			16	Epinefrina 1mg/mL amp		26	Coletor de Urina tipo Urofix	
1	Alfentanila 0,5mg/mL amp		17	Escopolamina 20mg/mL amp		27	Compressa Gase 7, 5x7, 5 pacotes	
2	Atracúrio 10mg/mL amp		18	Etilefrina 10mg/mL amp		28	Conexão A - Venosa 2 vias	
3	Bupiv + Epinefrina 0,5% fa		19	Furosemida 10mg/mL 2mL amp		29	Conexão A - Venosa 4 vias	
4	8upiv Isobárica 0,5% 4mL amp		20	Soro Glicosado 5% 500mL fr		30	Dreno de Toráx - Kit n°	
5	Bupiv +Glic Anidra 0,5%+8% amp		21	Glicose 25% 10mL amp		31	Dreno em "T" kherr	
6	Bupivacaina 0,5% fa		22	Gluc. Cálcio 10% 10ml amp		32	Dreno Penrose	
7	Cetamina 50mg/mL 10mLfa		23	Hep Sódica 5000IU/mL 10mL fa		33	Dreno Suctor	
8	Diazepan 5mg/mL amp		24	Hidrocortisona 500mg fa		34	Eletrodo Descartável	
9	Droperidol 2,5mg/mL amp		25	Moitol 20% 250mL		35	Equipe Fotossensível	
10	Etomidato 2mg/mL amp		26	Metilergometrina 200mg/mL amp		36	Equipo Irrg. 4 vias - Próstata	
11	Fenitoína 50mg/mL amp		27	Metoclopramida 5mg/mL amp		37	Equipo Microgotas c/câmaras grad	
12	Fentanila 0,05mg/mL fa		28	Neostigmina 0,5mg/mL amp		38	Equipo p/Bombas Inf. cl Bureta	
13	Fentanila 0,05mg/mL amp		29	Nitroprussiato de Sódio 50mg fa		39	Equipo p/Bombas Inf. si Bureta	
14	Halotano 'Cjrr.fi		30	Norepinefrina 1mg/mL amp		40	Equipo plást c/injetor lateral gotas	
15	Isoflurano 100mL amp		31	Oxitocina 5UI/mL amp		41	Equipo plást c/inj lat microgotas	
16	Lidocaina 2% 5mL amp		32	Papaverina 100mg/2mL amp		42	Escova Desc - Degermação	
17	Lidocaina 2% Gel' Tubo		33	Prometazina 25mg/mL 2mL amp		43	Esparadrapo comum 10x4,5cm	
18	Midazolam 5mg/mL amp		34	Protamina. Sulf. 1% 5mL amp		44	Esparadrapo micropore 2,5x10cm	
						45	Esponja Hemost Celulose	



19	Morfina sulf 0.2mg/mL amp	35	Ringer Lactado 500mL amp	46	Esponja Hemost
----	---------------------------	----	--------------------------	----	----------------

	QUANT	ITEM	DESCRIÇÃO	QUANT	ITEM	DESCRIÇÃO	QUANT
			Cont. DIVERSOS			OPME ÓRTESE/PROTESE E MATERIAS EPECIAIS	
						DIVERSOS	
50			Lâmina de Bisturi n°	6		Catgut cromado 2-0	
51			Liga Clip 300	7		Catgut cromado 3-0	
52			Liga Clip 400	8		Catgut cromado 4-0	
53			Luva Cirúrgica Estéril	9		Catgut cromado 5-0	
54			Luva Cirúrgica Estéril	10		Catgut simples 0	
55			Luva de procedimento	11		Catgut simples 1-0	
56			Scaip n° 23	12		Catgut simples 2-0	
57			Scalp n° 25	13		Catgut simples 3-0	
58			Seringa Descartável 1mL	14		Catgut simples 4-0	
59			Seringa Decartável 3mL	15		Fio de Marcapasso	
60			Seringa Descartável 5mL	16		Polidioxanona - PDS 5-0	
61			Seringa Descartável 10mL	17		Poliéster - Ethibond 0	
62			Seringa Descartável 20mL	18		Poliéster - Ethibond 2	
63			Seringa Decartável 50mL	19		Poliéster - Ethibond 2-0 com Teflon	
64			Seringa Descartável de insulina	20		Poliéster - Ethibond 2-0 sem Teflon	
65			Sonda folley 2 vias n°	21		Poliéster - Ethibond 4-0 com Teflon	
66			Sonda folley 3 vias n°	22		Poliéster - Ethibond 4-0 sem Teflon	
67			Sonda Nasogástrica	23		Poliéster - Ethibond 5	
68			Sonda p/ Aspiração tranqueal n°	24		Poliéster-Eth Valvekit 2-0 Aórtico	
69			Sonda Retal n°	25		Poliéster-Eth Valvekit 2-0 c/ Teflon	
70			Sonda Uretral n°	26		Poliéster-Eth Valvekit 2-0 s/ Teflon	
71			Torneirinha 3 vias	27		Poliglactina - Vicryl 0	
72			Tubo Endotraqueal Aramado n°	28		Poliglactina - Vicryl 1	
73			Tubo Endotraqueal n°	29		Poliglactina - Vicryl 2-0	
74			Tubo Endotraqueal p/Toráx	30		Poliglactina - Vicryl 3-0	
75			Vaselina	31		Poliglactina - Vicryl 4-0	
			EQUIPAMENTOS	32		Polipropileno-Prolens 1	
1			Aparelho de Anestesia	34		Polipropileno-Prolens 2-0	
2			Artroscópio	35		Polipropileno-Prolens 3-0	
3			Aspirador	36		Polipropileno-Prolens 4-0	
4			Aspirador Ultrasônico	37		Polipropileno-Prolens 5-0	
5			Balão intra-aórtico	38		Polipropileno-Prolens 6-0	
6			Bisturi Bipolar	39		Polipropileno-Prolens 7-0	
7			Bisturi Elétrico	40		Polipropileno-Prolens 8-0	
8			Capinógrafo				
9			Desfibrilador				
10			Drill				
11			Fonte de Luz				
12			Furadeira Elétrica				
13			Gerador de Marcapasso				
14			Glicosímetro				
15			Laringoscópio				
16			Máquina de Cardioplegia				
17			Máquina de Circ Extracorp				
18			Máquina de TCA				
19			Microscópio Cirúrgico				
20			Monitor de ECG				
21			Oxímetro de Pulso				
22			Ressectoscopia				
23			Serra Elétrica p/estamostomia				
24			Tensiómetro				
25			Ultrasson Portátil				
26			Videocistoscopia				
27			Videolaparoscopia				



PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

DATA: ____/____/____

HORA DE INÍCIO: ____:____:____
HORA DE TÉRMINO: ____:____:____

ETIQUETA DO PACIENTE OU:
Nome: _____
Data de Nascimento: ____/____/____

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

IDENTIFICAÇÃO

A Enfermagem confirma verbalmente com a equipe a pulseira de identificação do paciente está com os dados corretos? SIM NÃO

Consentimento informado assinado pelo paciente? SIM NÃO

Qual local da cirurgia? _____

Qual procedimento a ser realizado? _____

Qual lado? ESQUERDO DIREITO

sítio cirúrgico foi marcado? SIM Não se aplica

paciente tem alguma alergia? SIM NÃO

há risco de via aérea difícil/broncoaspiração? NÃO SIM, _____

há risco de perda sanguínea > 500ml (7ml/kg em crianças)? SIM NÃO

reserva no Banco de Sangue? SIM NÃO

CHECAGEM VERBAL COM ANESTESIOLOGISTA

antibiótico profilático foi administrado nos últimos 60 minutos? NÃO SIM, qual? _____

Hora: ____:____:____

ANESTESIOLOGISTA

CARIMBO COM ASSINATURA E HORA

ANTES DE INICIAR A CIRURGIA

CONFIRMAÇÃO

A Enfermagem confirma verbalmente com a equipe.

• Peça aos profissionais da equipe que confirmem seus nomes e funções

• Peça ao cirurgião que confirme verbalmente:

1. Identificação do paciente
2. Local da cirurgia a ser realizada
3. Procedimento a ser realizado

EVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS

CHECAGEM VERBAL COM O CIRURGIÃO

Exames de imagem disponíveis? SIM NÃO

Integrador indica esterilização do instrumental cirúrgico? SIM NÃO

Todos os materiais necessários para o procedimento estão disponíveis? SIM NÃO, qual? _____

TÉC. DE ENFERMAGEM

CARIMBO COM ASSINATURA E HORA

ANTES DO PACIENTE ENTRAR NA SALA DE OPERAÇÃO

REGISTRO

A Enfermagem confirma verbalmente com a equipe.

Houve mudança no procedimento realizado? SIM NÃO

A contagem de compressas, instrumentos e agulhas está correta? SIM NÃO

As peças cirúrgicas estão identificadas com o nome do paciente? SIM NÃO

Houve algum problema com equipamento que deve ser resolvido? NÃO SIM, _____

Quais as recomendações mínimas para o pós-operatório? _____

ENFERMAGEM

CARIMBO COM ASSINATURA E HORA





ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEdia

SAEP – SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPETAÓRIO

PACIENTE _____ REGISTRO _____ DATA ____/____/____
PROCEDÊNCIA _____ LEITO _____ HORA _____
MÉDICO (A) _____ IDADE _____ PESO _____

ENTREVISTA PRÉ-OPERATÓRIA

ANTECEDENTES CLÍNICOS

Alergia () SIM () NÃO - Cirurgias Anteriores () SIM () NÃO - Hipertenso () SIM () NÃO - Diabetes () SIM () NÃO - Dislipidemias () SIM () NÃO - Tabagismo () SIM () NÃO - Medicções em uso () SIM () NÃO - Quais? _____
- Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME): () SIM () NÃO - Quais? _____

PREPARO

	HORÁRIO		HORÁRIO
Jejum		Retirada de Esmaltes/Óculos/Outros	
Tricotomia		Antibiótica/Profilaxia	
Preparo de Pele		Medicções Analgésicas	
Lavagem Intestinal		Avaliação Cardiológica	
Retirada de Próteses Dentárias/Lentes		Avaliação Clínica-Médica	

EXAMES

Avaliação Pré-Anestésica () SIM () NÃO
Avaliação Cardiológica: () SIM () NÃO
Tomografia () SIM () NÃO
Ressonância () SIM () NÃO
RX () SIM () NÃO
Exames Laboratoriais () SIM () NÃO
Quais? _____
Outros/Quais? _____

ESTADO NEUROLÓGICO

Orientado () Desorientado () Consciente () Inconsciente () Agitado () Confuso ()

PELE E ANEXOS

Sem alterações () Edema () Icterícia () Cianose () Efisema () Palidez ()

PA (mmHg) _____ FC (bpm) _____ R (incrm) _____ Tax (°C) _____

Técnico em Enfermagem

Enfermeiro

ADMISSÃO NO CENTRO CIRÚRGICO

TRANS-OPERATÓRIO

Sala _____ Início _____ Término _____ Membro/Lado a ser operado () Direito () Esquerdo
Cirurgia Proposta _____
Cirurgião _____ 1º Auxiliar _____ 2º Auxiliar _____
Anestesista _____
Instrumentador _____ Circulante _____

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

MEDICAÇÕES

HORÁRIOS

SINAIS VITAIS

INÍCIO

TRANS

TÉRMINO

ANESTESIA

Sedação () Local () Raque () Bloq. Plexo () Peridural () Peridural Contínua () Geral Venosa ()
Geral Inalatória () Geral Combinada () Bloq. Bleer ()

EQUIPAMENTOS USADOS

Rx () Scopia () Vídeo () Citoscopia () Litotritor () Bota Pneumática ()
U.S () Colchão Pneumático () Bomba de Infusão () Microscópio () Out. ()
Garrote Pneumático/Faixa de Smarch () Lig.: _____ Des.: _____

TIPO DE BISTURI: Monopolar () Bipolar () Argônico ()

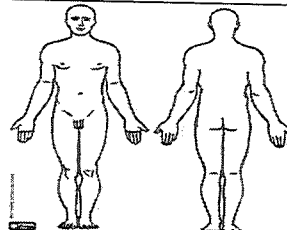
PEÇA CIRÚRGICA: Histopatológico () Cultura () Congelação ()

DESTINO: Patologia (laboratório) () Familiares () Serviço Externo ()

INFUSÃO DE HEMODERIVADOS: Concentrado de Hemácias () Plasma () Plaquetas () Crio ()

POSIÇÃO DO PACIENTE NA MESA CIRÚRGICA

- () DDH () DLD
() DD ELEVADO () DLE
() DVH () Ginecolo
() Outras _____



LEGENDA

- Triangle symbol: Placa de Bisturi
Circle with vertical line: Monitorização Cardíaca
Star symbol: Incisão Cirúrgica
Square symbol: Garrote Pneumático/Smarch
Circle with horizontal line: Sonda Vesical
Arrow pointing right: Venóclise
Arrow pointing down: Tubos e Drenos

QUANTIDADE DE COMPRESSAS E AGULHAS CIRÚRGICAS

Compressas Grandes Abertas _____ Compressas Grandes Conferidas _____
Compressas Pequenas Abertas _____ Compressas Pequenas Conferidas _____
Agulhas Abertas _____ Agulhas Conferidas _____

TABELA PARA ESCALA DE ALDRET

ATIVIDADE	0	Incapaz de mover
	1	Move 2 membros
	2	Move 4 membros
RESPIRAÇÃO	0	Apnéia
	1	Dispnéia, Hipoventilação
	2	Respiração Profunda, Tosse
CONSCIÊNCIA	0	Não Responde
	1	Desperto ao chamar
	2	Completamente acordado
CIRCULAÇÃO (PA)	0	PA = ou < que 50% do pré-anestésico
	1	PA < 20 ou 49% do pré-anestésico
	2	PA normal ou até 20% que o pré-anestésico
SATURAÇÃO (SpO2)	0	SpO2 < 90% mesmo com O2 suplementar
	1	Necessidade de O2 para manter SpO2 90%
	2	SpO2 < 90% resp. em ar ambiente

ESCALA DE ALDRETE E KROULIK

CONTROLE DE PERDAS

HORA	0'	30'	60'	90'	HORA	0'	30'	60'
Atividade					SNG			
Respiração					SVD			
Consciência					DRENOS			
Circulação					IRRIG. C			
Saturação					TOTAL			
TOTAL								

SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA (SRPA)

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

EVOLUÇÃO

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

ENCAMINHADO COM:

Venóclise () _____ SVD () SNE () Sonda de Gastrostomia ()
 Dreno () Tipo _____ Irrigação Contínua () Bolsa de Colostomia ()
 Curativo () _____ Imobilizador MMII () Cateter Peridural ()
 Máscara de O2 () _____ Cateter de O2 () Ventilação Mecânica ()
 DESTINO: Apartamento () UCI () Leito _____ Domicílio () Hora _____