

| CTIGERAL: Relatório Diário Enfermagem | | | | | Data: | |
|--|--|--|--|---|--------------------|-------------|
| Identificação do Paciente | Avaliação Clínica | | Acessos e Infusões | | Lesões e Curativos | Observações |
| Leito: _____ Nome: _____ Prontuário: _____ Admissão: _____ Diagnóstico: _____ Pulseira: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Precisão: _____ Alergia: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual? _____ Risco de queda: _____ <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Alto Risco de LPP: _____ <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Alto Colchão Inflado: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Percepção/Cognição <input type="checkbox"/> Lúcido <input type="checkbox"/> Torporoso <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Comatoso Data: _____ <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Agitado Data: _____ <input type="checkbox"/> Sonolento <input type="checkbox"/> Sedado Rass: _____ Glasgow: _____ | Nutrição Dieta: _____ <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> SNE/SNG <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> NPT <input type="checkbox"/> Zero | Dispositivos: <input type="checkbox"/> CVC Local: _____ Data: _____ <input type="checkbox"/> AVP Local: _____ Data: _____ <input type="checkbox"/> PAI Local: _____ Data: _____ <input type="checkbox"/> CDL Local: _____ Data: _____ <input type="checkbox"/> Dreno Local: _____ Data: _____ Tipo: _____ | <input type="checkbox"/> F.O. Local: _____ <input type="checkbox"/> LPP Conduta: _____ <input type="checkbox"/> LPDM <input type="checkbox"/> Skin Tears <input type="checkbox"/> Outra _____ | | |
| | Mobilidade <input type="checkbox"/> Restrito ao Leito <input type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input type="checkbox"/> Deambula sem auxílio | Eliminações: Diurese: _____ <input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Fralda <input type="checkbox"/> CVD nº: _____ Data: _____ | Infusões: <input type="checkbox"/> Noradrenalina V: _____ <input type="checkbox"/> Fentanil V: _____ <input type="checkbox"/> Propofol V: _____ <input type="checkbox"/> Vasopressina V: _____ <input type="checkbox"/> Midazolam V: _____ <input type="checkbox"/> Cisatracúrio V: _____ <input type="checkbox"/> _____ V: _____ <input type="checkbox"/> Dieta V: _____ <input type="checkbox"/> NPT <input type="checkbox"/> SNG/SNE | Curativos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Não <input type="checkbox"/> Limpo e seco Local: _____ <input type="checkbox"/> Trocar _____ +/4 | | |
| | Respiratório <input type="checkbox"/> AA <input type="checkbox"/> Cateter nasal V: _____ <input type="checkbox"/> Macro NBZ V: _____ <input type="checkbox"/> VNI V: _____ <input type="checkbox"/> TOT <input type="checkbox"/> TQT <input type="checkbox"/> VM Modo ventilatório: _____ | Evacuação: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente Obs: _____ | Dispositivos: <input type="checkbox"/> Allevyn Data: _____ <input type="checkbox"/> Colchão Pneumático <input type="checkbox"/> Espuma protetora | Edema: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | | |
| | | | Equipos com data: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Bombas Identificadas: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | | | |