



Checklist: Admissão do paciente crítico na UTI

Autores:

Alessandra Cristina de Oliveira Aquino;

Ana Carla Dantas Cavalcanti;

Juliana de Melo Vellozo Pereira Tinoco;

Raquel Dias dos Santos Dantas;

Caroline Pereira Ribeiro Tomaz;

Milena Leal Bastos de Souza;

Tayane Caetana Salles;

Weslei Cabral Dias;

As informações deverão ser preenchidas na ABA do histórico/anamnese de enfermagem do prontuário eletrônico. No caso de o paciente estar impossibilitado de responder às perguntas do histórico pessoal de saúde, o familiar/acompanhante poderá ser contatado para fornecer informações relevantes.

1. Registro da situação atual que levou a internação:

Setor de origem:

Data da admissão: ---/---/---

Turno: SD () SN ()

Evolução histórica da queixa principal: _____

Motivo de admissão no CTI _____

Exames realizados anteriormente a internação na UTI

Tomografia Sim () Não ()

Ressonância magnética Sim () Não ()

Biópsia Sim () Não ()

Outros: _____

Medicações em uso contínuo? Sim () Não ()

Se sim, quais?

Alergia Sim () Não () _____

Ansiedade, preocupações, expectativas e desejos relacionados à internação:

Ansiedade Sim () Não ()

Medo Sim () Não ()

Afastamento da rede de apoio e familiar Sim () Não ()

Afastamento e preocupações com as atividades de vida diária Sim () Não ()

Perspectiva de Recuperação Sim () Não ()

Situação social e ambiente/circunstâncias em que vive. Dados sobre as

condições de infraestrutura da residência e situação econômica do paciente.

Tratamento de lixo: Sim () Não ()

Energia elétrica: Sim () Não ()

Saneamento básico: Sim () Não ()

Casa de alvenaria: Sim () Não ()

Enfrentamento da situação atual com a doença:

-Estado emocional:

() Ansioso

() Tenso

() Otimista

() Satisfeito

Crenças e atitudes em relação à vida relacionados à internação

Possui religião: () sim () não.

Algum demanda específica relacionada a religiosidade: _____

Informações sobre o paciente e familiares importantes o para a situação atual:

O **paciente** possui conhecimento sobre o atual estado de saúde?

Sim () Não ()

Paciente e familiares possuem conhecimento sobre o atual estado de saúde do paciente ?

Sim () Não ()

Possui apoio dos familiares e/ ou pessoas próximas? Sim () Não ()

Pessoas importantes para contato?

Possui? Sim () Não ()

Se Sim, nome e telefone de contato: _____

Questões sobre intimidade pessoal relacionadas ao gênero

Identificação de gênero: “ Como você se identifica?”

☐ Cisgênero

☐ Prefiro não responder

☐ Transgênero

☐ Outros: _____

☐ Não-binário

Orientação sexual

Atividades de lazer:

Leitura (livros, jornais, revistas, etc) ☐

Música ☐

Jogos ☐

Acesso a Internet ☐

Assistir TV ☐

Outras atividades ☐ _____

Atividades da vida diária (AVD)*

- O paciente realiza AVDs de maneira independente? ☐ sim ☐ não

- O paciente necessita de auxílio para realizar as AVDs? ☐ sim ☐ não

- O paciente possui total dependência para realizar as AVDs ☐ sim ☐ não

***Atividades de vida diária:** Higiene Pessoal /Vestir-se /Alimentação /Mobilidade/ Habilidades Instrumentais de Vida Diária (Preparar refeições e lanches, fazer compras, usar transporte público, entre outras)/Higiene do Ambiente/ Gestão da Saúde (Comparecer e agendar consultas, tomar medicamentos de acordo com prescrição médica, monitorar sinais e sintomas de saúde)/ Atividades de Lazer e Recreação:

Prioridades relevantes de enfermagem de acordo com a avaliação do paciente e estado clínico no momento da admissão na UTI

- | | |
|---|--|
| ☐ Identificação do Paciente | ☐ Proteção de vias aéreas |
| ☐ Medidas de prevenção de LPP | ☐ Punção de acessos venosos e arterial |
| ☐ Medidas de prevenção de PAV | ☐ Instalação de cateter de nutrição enteral |
| ☐ Medidas de prevenção de ITU | ☐ Instalação de cateter vesical de demora |
| ☐ Medidas de prevenção de ICS | ☐ Realização do Poccus |
| ☐ Medidas preventivas relacionadas ao risco de queda | ☐ Estabilidade hemodinâmica |
| ☐ Medidas para o manejo e/ou prevenção de delirium | ☐ Higiene /banho corporal |
| ☐ Coleta de exames de urgência e swab de rastreio | ☐ Controle glicêmico |
| ☐ Preparo e transporte para realizar procedimentos e exames externos | ☐ Controle da temperatura corporal |
| ☐ Preparo pré operatório | ☐ Outros: _____ |

EXAME FÍSICO

Nível de consciência

☐ alerta ☐ torporoso ☐ obnubilado ☐ sedado ☐ Rass: _____ ☐ ECG: _____

Queixas: _____

Alterações de sinais vitais:

☐ hipertensão ☐ hipotensão ☐ taquicardia ☐ bradicardia ☐ hiperglicemia ☐ hipoglicemia ☐ febre ☐ hipotermia

FC: ___bpm / FR: ___irpm / PA: ___X___mmHg / SpO2: ___% / TAX: ___°C

Dor: ☐ EVA: _____ ☐

Sono: ☐ insônia ☐ sono preservado

Pele/ mucosa: ☐ hipocorado _____ ☐ icterico _____ ☐ Cianose de extremidades

Ausculta cardíaca: ☐ Ritmo cardíaco regular ☐ Ritmo cardíaco irregular

Padrão cardíaco: () Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico

Ausculata pulmonar: () MVUA s/RA () Roncos () Estertores () Sibilos

Padrão respiratório: () Eupneico () Bradipneico () Taquipneico () Dispneico

() Ar ambiente () Cateter nasal () Macro NBZ () VNI () VM () TOT () TQT Modo: _____, PEEP : ____, FiO2 _____.

() Secreção. Aspecto: _____

Nutrição: () Jejum () VO () SNG () SNE () GTT () NPT

Avaliação abdominal: () Plano () Escavado () Globoso () Distendido () Flácido () Ascítico

Palpação: () indolor () doloroso

Peristalse: () Presente () Diminuída () Ausente

Percussão: () Timpânico () Hipertimpânico () Maciço () Submaciço

Dor à palpação: () Sim () Não. Localização: _____

Observações:

Eliminações vesicais: () Espontâneo () CVA () CVD

Aspecto: () Citrino () Concentrado () Âmbar () Colúria () Hematúria

Volume: () Satisfatório () Poliúria () Oligúria () Anúria

Hemodiálise: () Sim () Não

Eliminações intestinais: () espontâneo () diarreia () constipação () estomia _____ () Sonda retal

Locomoção: () restrito () acamado () deambulação livre () sedestação

Dispositivos

() AVP: _____ () CVC : _____ () PAI: _____

() CDL ____

() Outros: _____ TOT Data: _____ TQT: data: _____

A: Avaliação

Lista de problemas:

() Dor () Náusea/Vômitos () Volume de líquidos excessivo () Padrão ventilatório ineficaz () Função Circulatória prejudicada () Nutrição desequilibrada () Função urinária prejudicada () Agitação psicomotora () Alterações térmicas () Distúrbio Eletrolítico () Risco de sangramento () Disglicemia

Outros: _____

Metas de enfermagem:

() Controle da Dor () Controle da Náusea/Vômitos () Controle hídrico () Padrão ventilatório ineficaz () Medidas de suporte ventilatório () Manutenção de estado circulatório () Estabilidade hemodinâmica () Promoção da nutrição adequada () Monitoramento do débito urinário () Redução da agitação psicomotora () Otimizar temperatura corporal () controle glicêmico adequado () Prevenção de sangramentos

Outros: _____

Infusões: _____

Drenos e demais dispositivos: _____

Pele: () Íntegra () Icterícia _____ () Prurido () Equimoses () Hematomas () Cianose Local: _____

Outras alterações :

Lesões **(local, descrição e conduta)** :

Observações Adicionais (*Outras observações relevantes sobre o estado do paciente*)

