



EMERGÊNCIA

Leito:

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ **Idade:** _____ **Admissão** ____/____/____

Especialidade: Prescritor Clínico Ortopédico Cirúrgico Outro: _____

Riscos:

<input type="checkbox"/> Alteração comportamental	<input type="checkbox"/> Lesão por pressão	<input type="checkbox"/> Risco de perda de sonda	<input type="checkbox"/> Risco de queda
<input type="checkbox"/> Infecção (ITU; ISC; ICS)	<input type="checkbox"/> Broncoaspiração	<input type="checkbox"/> PNM associada a VM	<input type="checkbox"/> Flebite

Observações: Dieta Zero (motivo:) _____ Cabeceira: _____

Cuidados Neurocríticos Movimentação em bloco Outro: _____

Alergia _____

Dispositivos: SVD ____/____/____ DRENO ____/____/____ CVC ____/____/____

SNE ____/____/____ OUTRO _____

Precaução: Padrão Aerossóis Gotículas Contato