

Universidade Corporativa Hospital Mãe de Deus Programa de Integração na Área Incubadora Educacional

FICHA DE ATIVIDADES DO ENFERMEIRO

| Funcionário: | Matrícula: |
|--------------|------------|
| Orientador: | Período: |
| Área: | |

| Atividades | Carga Horária | Recebeu orientação? | Realizou atividade? |
|---|---------------|---------------------|---------------------|
| 1. APRESENTAÇÃO DA UNIDADE | | | |
| 1.1. Fluxo e organograma. | | | |
| 1.2. Apresentação pessoal, material de bolso, Equipamento de proteção individual (EPI). | 02hs | | |
| 1.3. Registro do ponto/Intervalos. | | | |
| 1.4. Organização da Unidade | | | |
| 1.5. Etiqueta e Postura/ Silêncio/ Uso do celular | | | |
| 2. NORMAS DE SEGURANÇA | | | |
| 2.1. Identificação do paciente. | | | |
| 2.2. Identificação de riscos. | | | |
| 2.3. Comunicação segura. | 20hs | | |
| 2.4. Check list de cirurgia segura. | | | |
| 2.6. Seis certos da administração de medicamentos | | | |
| 2.7 Identificação de formulários | | | |
| 2.8 Acondicionamento e preparo de medicações | | | |
| 3. REGISTROS | | | |
| 3.1. Exame físico | | | |
| 3.2. Histórico | | | |
| 3.3. Prescrição de Enfermagem | 20hs | | |
| 3.4. Evolução diária / Evolução de intercorrências | | | |
| 3.5. Orientações | | | |
| 3.6. Avaliação da dor | | | |
| 3.7 Solicitação de avaliação pelo time de resposta rápida | | | |
| 3.8 Passagem de Plantão | | | |



Universidade Corporativa Hospital Mãe de Deus Programa de Integração na Área Incubadora Educacional

| Atividades | Carga Horária | Recebeu Orientação? | Realizou Atividade? |
|--|---------------|------------------------|------------------------|
| 4. EQUIPAMENTOS | | | |
| 4.1. Armazenamento e conservação | 0.41 | | |
| 4.2. Rotina de limpeza. | 04hs | | |
| 4.3. Manuseio e funcionamento | | | |
| 5. CONTROLE DE INFECÇÃO | | | |
| 5.1. Lavagem das mãos. | | | |
| 5.2. Medidas de bloqueio | 04hs | | |
| 5.3. Controle de bloqueio de leitos | | | |
| 5.4. Descarte correto dos resíduos | | | |
| 6. SISTEMA MV /DOCUMENTOS de PRONTUÁRIO / INTRAMD | | | |
| 6.1. Aprazamento / Checagem / Devolução | | | |
| 6.2. Acompanhamento de CVC | | | |
| 6.3. Avaliação e notificação de flebite | | | |
| 6.4. Estratificação do risco de flebite | 26hs | | |
| 6.5. Incidência UP | | | |
| 6.6 Nota de transferência | | | |
| 6.7 Solicitação de transferência | | | |
| 6.8 IntraMD: POT's ; Tabela de Diluições; SEGER | | | |
| 7. CUIDADOS BÁSICOS COM O PACIENTE | | | |
| 7.1 Higiene oral / Banho de leito / Higiene couro cabeludo / Higiene Perineal / Tricotomia facial e corte de unhas | | | |
| 7.2 Mudança de decúbito e posicionamento anatômico | | | |
| 7.3 Troca de fixações (sondas, drenos, acessos) | 04hs | | |
| 7.4 Material de cabeceira do paciente | | | |
| 7.5 Dietoterapia | | | |
| 7.6 Cuidados com drenos | | | |
| 8. CUIDADOS RESPIRATÓRIOS | | | |
| 8.1 Instalação de oxigenioterapia | 04hs | | |
| 8.2 Instalação de Máscara de Venturi | | | |
| 8.3 Aspiração de Vias aéreas | | | |



Universidade Corporativa Hospital Mãe de Deus Programa de Integração na Área Incubadora Educacional

| Atividades | Carga Horária | Recebeu Orientação? | Realizou Atividade? |
|---|---------------|------------------------|------------------------|
| 9. CONFERÊNCIA E REVISÃO DA CAIXA DE PASSAGEM DE CVC | 01hs | | |
| 10. PROTOCOLOS | | | |
| 10.1 Braden | 02hs | | |
| 10.2 Morse | | | |
| 11. ATENDIMENTO DE PCR E REVISÃO DA CAIXA DE URGÊNCIA | 02hs | | |
| 12. COLETA DE EXAMES LABORATORIAIS | 01hs | | |
| Total de horas | 90hs | | |

| Incubadora Educacional, | de de | _• |
|-------------------------|--------------------------|---------|
| | Assinatura do Colaborado | – or |
| | Assinatura do Orientado | – or |