

Prescrição Médica Plano Terapêutico

HJF-DMD-FR-013-00
Emissão: 02/02/2018



Hospital
Jayme da Fonte

Paciente:		HOSPITAL JAYME DA FONTE Pront: 000166475 Nome Social: Res: 0680042 EDINALJA FRANCISCA DA SILVA Convenio: AMIL Data: Entrada: 25/03/2022 Hora Entrada: 08:20 Leito: E516A Tipo consulta/volta: Consulta Matricula: 843553294 Proc: Nascimento: 04/10/1979 - 42 anos	
Prontuário:	Data de Nasc.: ____/____/____		
Registro:	Leito:	Data:	____/____/____
Alergias: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual? _____			
Precaução:	<input type="checkbox"/> Contato <input type="checkbox"/> Gotícula <input type="checkbox"/> Aerossóis <input checked="" type="checkbox"/> Imunossupressão		
Risco Individual:	<input type="checkbox"/> Queda <input type="checkbox"/> Broncoaspiração <input type="checkbox"/> Lesão por Pressão		
Classificação de TEV:	<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Intermediário <input type="checkbox"/> Baixo		
Profilaxia TEV:	<input type="checkbox"/> Medicamentosa <input type="checkbox"/> Mecânica <input type="checkbox"/> Deambulação		
Contraindicação ou motivos para suspensão da profilaxia TEV:			
Nº	DIETA	HORÁRIO DA MEDICAÇÃO	
①	Dieta livre após alta da SRPA, X bem acordada.		
Nº	MEDICAÇÃO / DOSE / VIA / POSOLOGIA	HORÁRIO DA MEDICAÇÃO	
②	Hidrataçã: SF 0,9% 500 ml : 01 forço, EV, 28 gotas/min.	06/06 horas	
③	Dipirona 500 mg/ml : fazer 02 ml, EV, 06/06 horas, FIXO, em 10 ml de SF 0,9% (LENTO)	00 06 12	
④	Cetoprofeno 100 mg/100 ml : fazer 21 bolsa, EV, 12/12 horas (LENTO)	12/12 horas, 22 10	
⑤	Tramal 100 mg/2 ml : 01 ampola EV em SF 0,9% 100 ml : fazer SE dor refratária, 08/08 horas.	SE NECESSÁRIO	
⑥	Ondansetrona 2mg/ml : fazer 04 ml, EV, em 10 ml SF 0,9% (LENTO), FIXO, de 08/08 horas.	08/08 horas 22 06 14	
⑦	Dramin B6 : 01 amp. + AD 10ml EV, se náuseas e vômitos refratários à ondansetrona	SE NECESSÁRIO	
⑧	Allegre 180 mg : 01 comp., VO, se necessário	SE NECESSÁRIO	