

LIVRO DE SUTURA E CURATIVO (E DEMAIS PROCEDIMENTOS)

DATA: __/__/__	HORA: __: __ h	CPF/ CNS (legível):
NOME:		D. NASC: / / IDADE:
NOME DA MÃE:		Nº P.A:
Endereço (Rua, Numero, Bairro, Cidade):		
DESCRIÇÃO/OCORRÊNCIA/MATERIAIS:		
MARQUE OS PROCEDIMENTOS: ↓		
<input type="checkbox"/> SUTURA <input type="checkbox"/> CURATIVO simples <input type="checkbox"/> CURATIVO em lesão aberta de Grau II <input type="checkbox"/> DEBRIDAMENTO de úlcera/necrose	MÉDICO(A): <input type="checkbox"/> IMOBILIZAÇÃO <input type="checkbox"/> RETIRADA DE CISTO CEBÁCEO <input type="checkbox"/> RETIRADA DE UNHA <input type="checkbox"/> REMOCAO DE CERUMEN <input type="checkbox"/> LIMPEZA EM FERIMENTO	TÉC. ENF: <input type="checkbox"/> DRENAGEM DE <u>ABSCESSE</u> EM: <input type="checkbox"/> RET. DE CORP. ESTRANHO DE: <input type="checkbox"/> LAVAGEM EM: <input type="checkbox"/> OUTRO:

DATA: __/__/__	HORA: __: __ h	CPF/ CNS (legível):
NOME:		D. NASC: / / IDADE:
NOME DA MÃE:		Nº P.A:
Endereço (Rua, Numero, Bairro, Cidade):		
DESCRIÇÃO/OCORRÊNCIA/MATERIAIS:		
MARQUE OS PROCEDIMENTOS: ↓		
<input type="checkbox"/> SUTURA <input type="checkbox"/> CURATIVO simples <input type="checkbox"/> CURATIVO em lesão aberta de Grau II <input type="checkbox"/> DEBRIDAMENTO de úlcera/necrose	MÉDICO(A): <input type="checkbox"/> IMOBILIZAÇÃO <input type="checkbox"/> RETIRADA DE CISTO CEBÁCEO <input type="checkbox"/> RETIRADA DE UNHA <input type="checkbox"/> REMOCAO DE CERUMEN <input type="checkbox"/> LIMPEZA EM FERIMENTO	TÉC. ENF: <input type="checkbox"/> DRENAGEM DE <u>ABSCESSE</u> EM: <input type="checkbox"/> RET. DE CORP. ESTRANHO DE: <input type="checkbox"/> LAVAGEM EM: <input type="checkbox"/> OUTRO:

DATA: __/__/__	HORA: __: __ h	CPF/ CNS (legível):
NOME:		D. NASC: / / IDADE:
NOME DA MÃE:		Nº P.A:
Endereço (Rua, Numero, Bairro, Cidade):		
DESCRIÇÃO/OCORRÊNCIA/MATERIAIS:		
MARQUE OS PROCEDIMENTOS: ↓		
<input type="checkbox"/> SUTURA <input type="checkbox"/> CURATIVO simples <input type="checkbox"/> CURATIVO em lesão aberta de Grau II <input type="checkbox"/> DEBRIDAMENTO de úlcera/necrose	MÉDICO(A): <input type="checkbox"/> IMOBILIZAÇÃO <input type="checkbox"/> RETIRADA DE CISTO CEBÁCEO <input type="checkbox"/> RETIRADA DE UNHA <input type="checkbox"/> REMOCAO DE CERUMEN <input type="checkbox"/> LIMPEZA EM FERIMENTO	TÉC. ENF: <input type="checkbox"/> DRENAGEM DE <u>ABSCESSE</u> EM: <input type="checkbox"/> RET. DE CORP. ESTRANHO DE: <input type="checkbox"/> LAVAGEM EM: <input type="checkbox"/> OUTRO:

LIVRO DE SUTURA E CURATIVO (E DEMAIS PROCEDIMENTOS)

DATA: __/__/__	HORA: __: __ h	CPF/ CNS (legível):
NOME:		D. NASC: / / IDADE:
NOME DA MÃE:		Nº P.A:
Endereço (Rua, Numero, Bairro, Cidade):		
DESCRIÇÃO/OCORRÊNCIA/MATERIAIS:		
MARQUE OS PROCEDIMENTOS: ↓	MÉDICO(A):	TÉC. ENF:
<input type="checkbox"/> SUTURA <input type="checkbox"/> CURATIVO simples <input type="checkbox"/> CURATIVO em lesão aberta de Grau II <input type="checkbox"/> DEBRIDAMENTO de úlcera/necrose	<input type="checkbox"/> IMOBILIZAÇÃO <input type="checkbox"/> RETIRADA DE CISTO CEBÁCEO <input type="checkbox"/> RETIRADA DE UNHA <input type="checkbox"/> REMOCAO DE CERUMEN <input type="checkbox"/> LIMPEZA EM FERIMENTO	<input type="checkbox"/> DRENAGEM DE <u>ABSCESSE</u> EM: _____ <input type="checkbox"/> RET. DE CORP. ESTRANHO DE: _____ <input type="checkbox"/> LAVAGEM EM: _____ <input type="checkbox"/> OUTRO: _____

DATA: __/__/__	HORA: __: __ h	CPF/ CNS (legível):
NOME:		D. NASC: / / IDADE:
NOME DA MÃE:		Nº P.A:
Endereço (Rua, Numero, Bairro, Cidade):		
DESCRIÇÃO/OCORRÊNCIA/MATERIAIS:		
MARQUE OS PROCEDIMENTOS: ↓	MÉDICO(A):	TÉC. ENF:
<input type="checkbox"/> SUTURA <input type="checkbox"/> CURATIVO simples <input type="checkbox"/> CURATIVO em lesão aberta de Grau II <input type="checkbox"/> DEBRIDAMENTO de úlcera/necrose	<input type="checkbox"/> IMOBILIZAÇÃO <input type="checkbox"/> RETIRADA DE CISTO CEBÁCEO <input type="checkbox"/> RETIRADA DE UNHA <input type="checkbox"/> REMOCAO DE CERUMEN <input type="checkbox"/> LIMPEZA EM FERIMENTO	<input type="checkbox"/> DRENAGEM DE <u>ABSCESSE</u> EM: _____ <input type="checkbox"/> RET. DE CORP. ESTRANHO DE: _____ <input type="checkbox"/> LAVAGEM EM: _____ <input type="checkbox"/> OUTRO: _____

DATA: __/__/__	HORA: __: __ h	CPF/ CNS (legível):
NOME:		D. NASC: / / IDADE:
NOME DA MÃE:		Nº P.A:
Endereço (Rua, Numero, Bairro, Cidade):		
DESCRIÇÃO/OCORRÊNCIA/MATERIAIS:		
MARQUE OS PROCEDIMENTOS: ↓	MÉDICO(A):	TÉC. ENF:
<input type="checkbox"/> SUTURA <input type="checkbox"/> CURATIVO simples <input type="checkbox"/> CURATIVO em lesão aberta de Grau II <input type="checkbox"/> DEBRIDAMENTO de úlcera/necrose	<input type="checkbox"/> IMOBILIZAÇÃO <input type="checkbox"/> RETIRADA DE CISTO CEBÁCEO <input type="checkbox"/> RETIRADA DE UNHA <input type="checkbox"/> REMOCAO DE CERUMEN <input type="checkbox"/> LIMPEZA EM FERIMENTO	<input type="checkbox"/> DRENAGEM DE <u>ABSCESSE</u> EM: _____ <input type="checkbox"/> RET. DE CORP. ESTRANHO DE: _____ <input type="checkbox"/> LAVAGEM EM: _____ <input type="checkbox"/> OUTRO: _____