

**PREFEITURA DE CASTANHÁL,
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE,
COORDENAÇÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
UPA 24h "GOV. ALMIR GABRIEL"**

REGISTROS DE TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE: _____

DATA: ____/____/____ **HORA:** ____:____ **TURNO:** ☐ DIURNO ☐ NOTURNO

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ☐ CONSCIENTE ☐ INCONSCIENTE ☐ FÁSICO ☐ AFÁSICO ☐ DISFÁSICO ☐ ORIENTADO

☐ DESORIENTADO ☐ AGITADO ☐ CALMO ☐ SONOLENTO ☐ TORPOROSO ☐ SEDADO ☐ OUTROS: _____

SISTEMA RESPIRATÓRIO: ☐ AR AMBIENTE ☐ CATETER NASAL ____L/MIN ☐ MÁSCARA C/

RESERVATÓRIO ____L/MIN ☐ MÁSCARA S/ RESERVATÓRIO ____L/MIN ☐ TOT ☐ OUTROS: _____

BANHO: ☐ ASPERSÃO ☐ BANHO NO LEITO ☐ NÃO REALIZADO: _____

HIGIENE ORAL: ☐ REALIZADO ☐ NÃO REALIZADO: _____

HIGIENE ÍNTIMA: ☐ REALIZADO ☐ NÃO REALIZADO: _____

CURATIVO: ☐ REALIZADO: (LOCAL) _____ ☐ NÃO REALIZADO: _____

IMOBILIZAÇÃO: ☐ SIM (LOCAL): _____ ☐ NÃO REALIZADO: _____

DISPOSITIVOS: ☐ AVP ☐ AVC DATA: ____/____/____ HORA: ____:____ TAMANHO: _____

DIETA: ☐ SNG ☐ SNE ☐ SNG ABERTA ☐ VO ASSISTIDA ☐ VO LIVRE ☐ ZERO

DIURESE: ☐ PRESENTE ☐ AUSENTE ☐ ESPONTÂNEA ☐ SVD ☐ FRALDA (ULTIMA TROCA REALIZADA): ____:____

EVACUAÇÕES: ☐ PRESENTES ☐ AUSENTES OBS: _____

EDEMA: ☐ SIM ☐ NÃO

INTERCORRÊNCIAS: _____

ASSINATURA E CARIMBO DO TE