

Hospital Regional do Gama - DF

SETOR: ISOLAMENTO RESPIRATÓRIO **LEITO:**

NOME: _____

Nº SES: _____

DATA DE NASC.:

_____/_____/_____

DATA DE ADMISSÃO:

_____/_____/_____

PROCEDÊNCIA:

**RISCO DE
QUEDA**

RISCO DE LPP

RISCO DE TEV

ALERGIA

**Risco de
BRONCOASPIRAÇÃO**

PRECAUÇÃO
