



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL – GDF  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DO GAMA  
SUPERINTENDÊNCIA DE SAÚDE DA REGIÃO SUL

## FORMULÁRIO PARA PASSAGEM DE PLANTÃO e VISITA DE ENFERMAGEM

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

LEITOS/ NOME	Leito Conformidade	Acesso Present/Confor	Dieta Present	Diurese Presente	O <sub>2</sub> L/min	Infusões/ Curativos	Present/Confor	OBS
<b>500-1</b>  Nome: _____	<input type="checkbox"/> Pulseira <input type="checkbox"/> Placa <input type="checkbox"/> Cabeceira ↑ <input type="checkbox"/> Grades ↑ <input type="checkbox"/> Cama defeito	DATA: ____/____ <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> AVP <input type="checkbox"/> Identificado <input type="checkbox"/> Validade 96 h <input type="checkbox"/> Curativo Padronizado	<input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> NPT <input type="checkbox"/> NPP	<input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> SVDSF <input type="checkbox"/> Fralda <input type="checkbox"/> Colostomia <input type="checkbox"/> Drenos ____ML ____ML	<input type="checkbox"/> MV <input type="checkbox"/> MNBZ <input type="checkbox"/> C. nasal ____L/min	<input type="checkbox"/> H.Venosa <input type="checkbox"/> ATB _____ <input type="checkbox"/> Curativo Real. ____/____ Troca ____/____	<input type="checkbox"/> Pré Operatório <input type="checkbox"/> Pós-Operatório  <input type="checkbox"/> Escala de Braden ____/____ <input type="checkbox"/> Escala de Morse ____/____	
<b>500-2</b>  Nome: _____	<input type="checkbox"/> Pulseira <input type="checkbox"/> Placa <input type="checkbox"/> Cabeceira ↑ <input type="checkbox"/> Grades ↑ <input type="checkbox"/> Cama defeito	DATA: ____/____ <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> AVP <input type="checkbox"/> Identificado <input type="checkbox"/> Validade 96 h <input type="checkbox"/> Curativo Padronizado	<input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> NPT <input type="checkbox"/> NPP	<input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> SVDSF <input type="checkbox"/> Fralda	<input type="checkbox"/> MV <input type="checkbox"/> MNBZ <input type="checkbox"/> C. nasal ____L/min	<input type="checkbox"/> H.Venosa <input type="checkbox"/> ATB _____ <input type="checkbox"/> Curativo Real. ____/____ Troca ____/____	<input type="checkbox"/> Pré Operatório <input type="checkbox"/> Pós-Operatório  <input type="checkbox"/> Escala de Braden ____/____ <input type="checkbox"/> Escala de Morse ____/____	
<b>500-3</b>  Nome: _____	<input type="checkbox"/> Pulseira <input type="checkbox"/> Placa <input type="checkbox"/> Cabeceira ↑ <input type="checkbox"/> Grades ↑ <input type="checkbox"/> Cama defeito	DATA: ____/____ <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> AVP <input type="checkbox"/> Identificado <input type="checkbox"/> Validade 96 h <input type="checkbox"/> Curativo Padronizado	<input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> NPT <input type="checkbox"/> NPP	<input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> SVDSF <input type="checkbox"/> Fralda	<input type="checkbox"/> MV <input type="checkbox"/> MNBZ <input type="checkbox"/> C. nasal ____L/min	<input type="checkbox"/> H.Venosa <input type="checkbox"/> ATB _____ <input type="checkbox"/> Curativo Real. ____/____ Troca ____/____	<input type="checkbox"/> Pré Operatório <input type="checkbox"/> Pós-Operatório  <input type="checkbox"/> Escala de Braden ____/____ <input type="checkbox"/> Escala de Morse ____/____	

LEITOS/ NOME	Leito Conformidade	Acesso Present/Confor	Dieta Present	Diurese Presente	O <sub>2</sub> L/min	Infusões/ Curativos	Present/Confor	OBS
<b>502-1</b>  Nome: _____	<input type="checkbox"/> Pulseira <input type="checkbox"/> Placa <input type="checkbox"/> Cabeceira ↑ <input type="checkbox"/> Grades ↑ <input type="checkbox"/> Cama defeito	DATA: ____/____ <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> AVP <input type="checkbox"/> Identificado <input type="checkbox"/> Validade 96 h <input type="checkbox"/> Curativo Padronizado	<input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> NPT <input type="checkbox"/> NPP	<input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> SVDSF <input type="checkbox"/> Fralda	<input type="checkbox"/> MV <input type="checkbox"/> MNBZ <input type="checkbox"/> C. nasal ____L/min	<input type="checkbox"/> H.Venosa <input type="checkbox"/> ATB _____ <input type="checkbox"/> Curativo Real. ____/____ Troca ____/____	<input type="checkbox"/> Pré Operatório <input type="checkbox"/> Pós-Operatório <input type="checkbox"/> Escala de Braden ____/____ <input type="checkbox"/> Escala de Morse ____/____	
<b>502-2</b>  Nome: _____	<input type="checkbox"/> Pulseira <input type="checkbox"/> Placa <input type="checkbox"/> Cabeceira ↑ <input type="checkbox"/> Grades ↑ <input type="checkbox"/> Cama defeito	DATA: ____/____ <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> AVP <input type="checkbox"/> Identificado <input type="checkbox"/> Validade 96 h <input type="checkbox"/> Curativo Padronizado	<input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> NPT <input type="checkbox"/> NPP	<input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> SVDSF <input type="checkbox"/> Fralda	<input type="checkbox"/> MV <input type="checkbox"/> MNBZ <input type="checkbox"/> C. nasal ____L/min	<input type="checkbox"/> H.Venosa <input type="checkbox"/> ATB _____ <input type="checkbox"/> Curativo Real. ____/____ Troca ____/____	<input type="checkbox"/> Pré Operatório <input type="checkbox"/> Pós-Operatório <input type="checkbox"/> Escala de Braden ____/____ <input type="checkbox"/> Escala de Morse ____/____	
<b>502-3</b>  Nome: _____	<input type="checkbox"/> Pulseira <input type="checkbox"/> Placa <input type="checkbox"/> Cabeceira ↑ <input type="checkbox"/> Grades ↑ <input type="checkbox"/> Cama defeito	DATA: ____/____ <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> AVP <input type="checkbox"/> Identificado <input type="checkbox"/> Validade 96 h <input type="checkbox"/> Curativo Padronizado	<input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> NPT <input type="checkbox"/> NPP	<input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> SVDSF <input type="checkbox"/> Fralda	<input type="checkbox"/> MV <input type="checkbox"/> MNBZ <input type="checkbox"/> C. nasal ____L/min	<input type="checkbox"/> H.Venosa <input type="checkbox"/> ATB _____ <input type="checkbox"/> Curativo Real. ____/____ Troca ____/____	<input type="checkbox"/> Pré Operatório <input type="checkbox"/> Pós-Operatório <input type="checkbox"/> Escala de Braden ____/____ <input type="checkbox"/> Escala de Morse ____/____	
<b>504-1</b>  Nome: _____	<input type="checkbox"/> Pulseira <input type="checkbox"/> Placa <input type="checkbox"/> Cabeceira ↑ <input type="checkbox"/> Grades ↑ <input type="checkbox"/> Cama defeito	DATA: ____/____ <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> AVP <input type="checkbox"/> Identificado <input type="checkbox"/> Validade 96 h <input type="checkbox"/> Curativo Padronizado	<input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> NPT <input type="checkbox"/> NPP	<input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> SVDSF <input type="checkbox"/> Fralda	<input type="checkbox"/> MV <input type="checkbox"/> MNBZ <input type="checkbox"/> C. nasal ____L/min	<input type="checkbox"/> H.Venosa <input type="checkbox"/> ATB _____ <input type="checkbox"/> Curativo Real. ____/____ Troca ____/____	<input type="checkbox"/> Pré Operatório <input type="checkbox"/> Pós-Operatório <input type="checkbox"/> Escala de Braden ____/____ <input type="checkbox"/> Escala de Morse ____/____	

LEITOS/ NOME	Leito Conformidade	Acesso Present/Confor	Dieta Present	Diurese Presente	O <sub>2</sub> L/min	Infusões/ Curativos	Present/Confor	OBS
<b>504-2</b>  Nome: _____	<input type="checkbox"/> Pulseira <input type="checkbox"/> Placa <input type="checkbox"/> Cabeceira ↑ <input type="checkbox"/> Grades ↑ <input type="checkbox"/> Cama defeito	DATA: ____/____ <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> AVP <input type="checkbox"/> Identificado <input type="checkbox"/> Validade 96 h <input type="checkbox"/> Curativo Padronizado	<input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> NPT <input type="checkbox"/> NPP	<input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> SVDSF <input type="checkbox"/> Fralda	<input type="checkbox"/> MV <input type="checkbox"/> MNBZ <input type="checkbox"/> C. nasal ____L/min	<input type="checkbox"/> H.Venosa <input type="checkbox"/> ATB _____ <input type="checkbox"/> Curativo Real. ____/____ Troca ____/____	<input type="checkbox"/> Pré Operatório <input type="checkbox"/> Pós-Operatório <input type="checkbox"/> Escala de Braden ____/____ <input type="checkbox"/> Escala de Morse ____/____	
<b>504-3</b>  Nome: _____	<input type="checkbox"/> Pulseira <input type="checkbox"/> Placa <input type="checkbox"/> Cabeceira ↑ <input type="checkbox"/> Grades ↑ <input type="checkbox"/> Cama defeito	DATA: ____/____ <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> AVP <input type="checkbox"/> Identificado <input type="checkbox"/> Validade 96 h <input type="checkbox"/> Curativo Padronizado	<input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> NPT <input type="checkbox"/> NPP	<input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> SVDSF <input type="checkbox"/> Fralda	<input type="checkbox"/> MV <input type="checkbox"/> MNBZ <input type="checkbox"/> C. nasal ____L/min	<input type="checkbox"/> H.Venosa <input type="checkbox"/> ATB _____ <input type="checkbox"/> Curativo Real. ____/____ Troca ____/____	<input type="checkbox"/> Pré Operatório <input type="checkbox"/> Pós-Operatório <input type="checkbox"/> Escala de Braden ____/____ <input type="checkbox"/> Escala de Morse ____/____	
<b>505-1</b>  Nome: _____	<input type="checkbox"/> Pulseira <input type="checkbox"/> Placa <input type="checkbox"/> Cabeceira ↑ <input type="checkbox"/> Grades ↑ <input type="checkbox"/> Cama defeito	DATA: ____/____ <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> AVP <input type="checkbox"/> Identificado <input type="checkbox"/> Validade 96 h <input type="checkbox"/> Curativo Padronizado	<input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> NPT <input type="checkbox"/> NPP	<input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> SVDSF <input type="checkbox"/> Fralda	<input type="checkbox"/> MV <input type="checkbox"/> MNBZ <input type="checkbox"/> C. nasal ____L/min	<input type="checkbox"/> H.Venosa <input type="checkbox"/> ATB _____ <input type="checkbox"/> Curativo Real. ____/____ Troca ____/____	<input type="checkbox"/> Pré Operatório <input type="checkbox"/> Pós-Operatório <input type="checkbox"/> Escala de Braden ____/____ <input type="checkbox"/> Escala de Morse ____/____	
<b>505-2</b>  Nome: _____	<input type="checkbox"/> Pulseira <input type="checkbox"/> Placa <input type="checkbox"/> Cabeceira ↑ <input type="checkbox"/> Grades ↑ <input type="checkbox"/> Cama defeito	DATA: ____/____ <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> AVP <input type="checkbox"/> Identificado <input type="checkbox"/> Validade 96 h <input type="checkbox"/> Curativo Padronizado	<input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> NPT <input type="checkbox"/> NPP	<input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> SVDSF <input type="checkbox"/> Fralda	<input type="checkbox"/> MV <input type="checkbox"/> MNBZ <input type="checkbox"/> C. nasal ____L/min	<input type="checkbox"/> H.Venosa <input type="checkbox"/> ATB _____ <input type="checkbox"/> Curativo Real. ____/____ Troca ____/____	<input type="checkbox"/> Pré Operatório <input type="checkbox"/> Pós-Operatório <input type="checkbox"/> Escala de Braden ____/____ <input type="checkbox"/> Escala de Morse ____/____	

LEITOS/ NOME	Leito Conformidade	Acesso Present/Confor	Dieta Present	Diurese Presente	O <sub>2</sub> L/min	Infusões/ Curativos	Present/Confor	OBS
<b>505-3</b>  Nome: _____	<input type="checkbox"/> Pulseira <input type="checkbox"/> Placa <input type="checkbox"/> Cabeceira ↑ <input type="checkbox"/> Grades ↑ <input type="checkbox"/> Cama defeito	DATA: ____/____ <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> AVP <input type="checkbox"/> Identificado <input type="checkbox"/> Validade 96 h <input type="checkbox"/> Curativo Padronizado	<input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> NPT <input type="checkbox"/> NPP	<input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> SVDSF <input type="checkbox"/> Fralda	<input type="checkbox"/> MV <input type="checkbox"/> MNBZ <input type="checkbox"/> C. nasal ____L/min	<input type="checkbox"/> H.Venosa <input type="checkbox"/> ATB _____ <input type="checkbox"/> Curativo Real. ____/____ Troca ____/____	<input type="checkbox"/> Pré Operatório <input type="checkbox"/> Pós-Operatório <input type="checkbox"/> Escala de Braden ____/____ <input type="checkbox"/> Escala de Morse ____/____	
<b>507-1</b>  Nome: _____	<input type="checkbox"/> Pulseira <input type="checkbox"/> Placa <input type="checkbox"/> Cabeceira ↑ <input type="checkbox"/> Grades ↑ <input type="checkbox"/> Cama defeito	DATA: ____/____ <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> AVP <input type="checkbox"/> Identificado <input type="checkbox"/> Validade 96 h <input type="checkbox"/> Curativo Padronizado	<input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> NPT <input type="checkbox"/> NPP	<input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> SVDSF <input type="checkbox"/> Fralda	<input type="checkbox"/> MV <input type="checkbox"/> MNBZ <input type="checkbox"/> C. nasal ____L/min	<input type="checkbox"/> H.Venosa <input type="checkbox"/> ATB _____ <input type="checkbox"/> Curativo Real. ____/____ Troca ____/____	<input type="checkbox"/> Pré Operatório <input type="checkbox"/> Pós-Operatório <input type="checkbox"/> Escala de Braden ____/____ <input type="checkbox"/> Escala de Morse ____/____	
<b>507-2</b>  Nome: _____	<input type="checkbox"/> Pulseira <input type="checkbox"/> Placa <input type="checkbox"/> Cabeceira ↑ <input type="checkbox"/> Grades ↑ <input type="checkbox"/> Cama defeito	DATA: ____/____ <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> AVP <input type="checkbox"/> Identificado <input type="checkbox"/> Validade 96 h <input type="checkbox"/> Curativo Padronizado	<input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> NPT <input type="checkbox"/> NPP	<input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> SVDSF <input type="checkbox"/> Fralda	<input type="checkbox"/> MV <input type="checkbox"/> MNBZ <input type="checkbox"/> C. nasal ____L/min	<input type="checkbox"/> H.Venosa <input type="checkbox"/> ATB _____ <input type="checkbox"/> Curativo Real. ____/____ Troca ____/____	<input type="checkbox"/> Pré Operatório <input type="checkbox"/> Pós-Operatório <input type="checkbox"/> Escala de Braden ____/____ <input type="checkbox"/> Escala de Morse ____/____	
<b>507-3</b>  Nome: _____	<input type="checkbox"/> Pulseira <input type="checkbox"/> Placa <input type="checkbox"/> Cabeceira ↑ <input type="checkbox"/> Grades ↑ <input type="checkbox"/> Cama defeito	DATA: ____/____ <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> AVP <input type="checkbox"/> Identificado <input type="checkbox"/> Validade 96 h <input type="checkbox"/> Curativo Padronizado	<input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> NPT <input type="checkbox"/> NPP	<input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> SVDSF <input type="checkbox"/> Fralda	<input type="checkbox"/> MV <input type="checkbox"/> MNBZ <input type="checkbox"/> C. nasal ____L/min	<input type="checkbox"/> H.Venosa <input type="checkbox"/> ATB _____ <input type="checkbox"/> Curativo Real. ____/____ Troca ____/____	<input type="checkbox"/> Pré Operatório <input type="checkbox"/> Pós-Operatório <input type="checkbox"/> Escala de Braden ____/____ <input type="checkbox"/> Escala de Morse ____/____	

LEITOS/ NOME	Leito Conformidade	Acesso Present/Confor	Dieta Present	Diurese Presente	O <sub>2</sub> L/min	Infusões/ Curativos	Present/Confor	OBS
<b>508-1</b>  Nome: _____	<input type="checkbox"/> Pulseira <input type="checkbox"/> Placa <input type="checkbox"/> Cabeceira ↑ <input type="checkbox"/> Grades ↑ <input type="checkbox"/> Cama defeito	DATA: ____/____ <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> AVP <input type="checkbox"/> Identificado <input type="checkbox"/> Validade 96 h <input type="checkbox"/> Curativo Padronizado	<input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> NPT <input type="checkbox"/> NPP	<input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> SVDSF <input type="checkbox"/> Fralda	<input type="checkbox"/> MV <input type="checkbox"/> MNBZ <input type="checkbox"/> C. nasal ____L/min	<input type="checkbox"/> H.Venosa <input type="checkbox"/> ATB _____ <input type="checkbox"/> Curativo Real. ____/____ Troca ____/____	<input type="checkbox"/> Pré Operatório <input type="checkbox"/> Pós-Operatório <input type="checkbox"/> Escala de Braden ____/____ <input type="checkbox"/> Escala de Morse ____/____	
<b>508-2</b>  Nome: _____	<input type="checkbox"/> Pulseira <input type="checkbox"/> Placa <input type="checkbox"/> Cabeceira ↑ <input type="checkbox"/> Grades ↑ <input type="checkbox"/> Cama defeito	DATA: ____/____ <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> AVP <input type="checkbox"/> Identificado <input type="checkbox"/> Validade 96 h <input type="checkbox"/> Curativo Padronizado	<input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> NPT <input type="checkbox"/> NPP	<input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> SVDSF <input type="checkbox"/> Fralda	<input type="checkbox"/> MV <input type="checkbox"/> MNBZ <input type="checkbox"/> C. nasal ____L/min	<input type="checkbox"/> H.Venosa <input type="checkbox"/> ATB _____ <input type="checkbox"/> Curativo Real. ____/____ Troca ____/____	<input type="checkbox"/> Pré Operatório <input type="checkbox"/> Pós-Operatório <input type="checkbox"/> Escala de Braden ____/____ <input type="checkbox"/> Escala de Morse ____/____	
<b>508-3</b>  Nome: _____	<input type="checkbox"/> Pulseira <input type="checkbox"/> Placa <input type="checkbox"/> Cabeceira ↑ <input type="checkbox"/> Grades ↑ <input type="checkbox"/> Cama defeito	DATA: ____/____ <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> AVP <input type="checkbox"/> Identificado <input type="checkbox"/> Validade 96 h <input type="checkbox"/> Curativo Padronizado	<input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> NPT <input type="checkbox"/> NPP	<input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> SVDSF <input type="checkbox"/> Fralda	<input type="checkbox"/> MV <input type="checkbox"/> MNBZ <input type="checkbox"/> C. nasal ____L/min	<input type="checkbox"/> H.Venosa <input type="checkbox"/> ATB _____ <input type="checkbox"/> Curativo Real. ____/____ Troca ____/____	<input type="checkbox"/> Pré Operatório <input type="checkbox"/> Pós-Operatório <input type="checkbox"/> Escala de Braden ____/____ <input type="checkbox"/> Escala de Morse ____/____	
<b>510-1</b>  Nome: _____	<input type="checkbox"/> Pulseira <input type="checkbox"/> Placa <input type="checkbox"/> Cabeceira ↑ <input type="checkbox"/> Grades ↑ <input type="checkbox"/> Cama defeito	DATA: ____/____ <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> AVP <input type="checkbox"/> Identificado <input type="checkbox"/> Validade 96 h <input type="checkbox"/> Curativo Padronizado	<input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> NPT <input type="checkbox"/> NPP	<input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> SVDSF <input type="checkbox"/> Fralda	<input type="checkbox"/> MV <input type="checkbox"/> MNBZ <input type="checkbox"/> C. nasal ____L/min	<input type="checkbox"/> H.Venosa <input type="checkbox"/> ATB _____ <input type="checkbox"/> Curativo Real. ____/____ Troca ____/____	<input type="checkbox"/> Pré Operatório <input type="checkbox"/> Pós-Operatório <input type="checkbox"/> Escala de Braden ____/____ <input type="checkbox"/> Escala de Morse ____/____	

LEITOS/ NOME	Leito Conformidade	Acesso Present/Confor	Dieta Present	Diurese Presente	O <sub>2</sub> L/min	Infusões/ Curativos	Present/Confor	OBS
<b>510-2</b>  Nome: _____	<input type="checkbox"/> Pulseira <input type="checkbox"/> Placa <input type="checkbox"/> Cabeceira ↑ <input type="checkbox"/> Grades ↑ <input type="checkbox"/> Cama defeito	DATA: ____/____ <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> AVP <input type="checkbox"/> Identificado <input type="checkbox"/> Validade 96 h <input type="checkbox"/> Curativo Padronizado	<input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> NPT <input type="checkbox"/> NPP	<input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> SVDSF <input type="checkbox"/> Fralda	<input type="checkbox"/> MV <input type="checkbox"/> MNBZ <input type="checkbox"/> C. nasal ____L/min	<input type="checkbox"/> H.Venosa <input type="checkbox"/> ATB _____ <input type="checkbox"/> Curativo Real. ____/____ Troca ____/____	<input type="checkbox"/> Pré Operatório <input type="checkbox"/> Pós-Operatório <input type="checkbox"/> Escala de Braden ____/____ <input type="checkbox"/> Escala de Morse ____/____	
<b>510-3</b>  Nome: _____	<input type="checkbox"/> Pulseira <input type="checkbox"/> Placa <input type="checkbox"/> Cabeceira ↑ <input type="checkbox"/> Grades ↑ <input type="checkbox"/> Cama defeito	DATA: ____/____ <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> AVP <input type="checkbox"/> Identificado <input type="checkbox"/> Validade 96 h <input type="checkbox"/> Curativo Padronizado	<input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> NPT <input type="checkbox"/> NPP	<input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> SVDSF <input type="checkbox"/> Fralda	<input type="checkbox"/> MV <input type="checkbox"/> MNBZ <input type="checkbox"/> C. nasal ____L/min	<input type="checkbox"/> H.Venosa <input type="checkbox"/> ATB _____ <input type="checkbox"/> Curativo Real. ____/____ Troca ____/____	<input type="checkbox"/> Pré Operatório <input type="checkbox"/> Pós-Operatório <input type="checkbox"/> Escala de Braden ____/____ <input type="checkbox"/> Escala de Morse ____/____	
<b>511-1</b>  Nome: _____	<input type="checkbox"/> Pulseira <input type="checkbox"/> Placa <input type="checkbox"/> Cabeceira ↑ <input type="checkbox"/> Grades ↑ <input type="checkbox"/> Cama defeito	DATA: ____/____ <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> AVP <input type="checkbox"/> Identificado <input type="checkbox"/> Validade 96 h <input type="checkbox"/> Curativo Padronizado	<input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> NPT <input type="checkbox"/> NPP	<input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> SVDSF <input type="checkbox"/> Fralda	<input type="checkbox"/> MV <input type="checkbox"/> MNBZ <input type="checkbox"/> C. nasal ____L/min	<input type="checkbox"/> H.Venosa <input type="checkbox"/> ATB _____ <input type="checkbox"/> Curativo Real. ____/____ Troca ____/____	<input type="checkbox"/> Pré Operatório <input type="checkbox"/> Pós-Operatório <input type="checkbox"/> Escala de Braden ____/____ <input type="checkbox"/> Escala de Morse ____/____	
<b>511-2</b>  Nome: _____	<input type="checkbox"/> Pulseira <input type="checkbox"/> Placa <input type="checkbox"/> Cabeceira ↑ <input type="checkbox"/> Grades ↑ <input type="checkbox"/> Cama defeito	DATA: ____/____ <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> AVP <input type="checkbox"/> Identificado <input type="checkbox"/> Validade 96 h <input type="checkbox"/> Curativo Padronizado	<input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> NPT <input type="checkbox"/> NPP	<input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> SVDSF <input type="checkbox"/> Fralda	<input type="checkbox"/> MV <input type="checkbox"/> MNBZ <input type="checkbox"/> C. nasal ____L/min	<input type="checkbox"/> H.Venosa <input type="checkbox"/> ATB _____ <input type="checkbox"/> Curativo Real. ____/____ Troca ____/____	<input type="checkbox"/> Pré Operatório <input type="checkbox"/> Pós-Operatório <input type="checkbox"/> Escala de Braden ____/____ <input type="checkbox"/> Escala de Morse ____/____	

LEITOS/ NOME	Leito Conformidade	Acesso Present/Confor	Dieta Present	Diurese Presente	O <sub>2</sub> L/min	Infusões/ Curativos	Present/Confor	OBS
<b>511-3</b>  Nome: _____	<input type="checkbox"/> Pulseira <input type="checkbox"/> Placa <input type="checkbox"/> Cabeceira ↑ <input type="checkbox"/> Grades ↑ <input type="checkbox"/> Cama defeito	DATA: ____/____ <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> AVP <input type="checkbox"/> Identificado <input type="checkbox"/> Validade 96 h <input type="checkbox"/> Curativo Padronizado	<input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> NPT <input type="checkbox"/> NPP	<input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> SVDSF <input type="checkbox"/> Fralda	<input type="checkbox"/> MV <input type="checkbox"/> MNBZ <input type="checkbox"/> C. nasal ____L/min	<input type="checkbox"/> H.Venosa <input type="checkbox"/> ATB _____ <input type="checkbox"/> Curativo Real. ____/____ Troca ____/____	<input type="checkbox"/> Pré Operatório <input type="checkbox"/> Pós-Operatório <input type="checkbox"/> Escala de Braden ____/____ <input type="checkbox"/> Escala de Morse ____/____	
<b>512-1</b>  Nome: _____	<input type="checkbox"/> Pulseira <input type="checkbox"/> Placa <input type="checkbox"/> Cabeceira ↑ <input type="checkbox"/> Grades ↑ <input type="checkbox"/> Cama defeito	DATA: ____/____ <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> AVP <input type="checkbox"/> Identificado <input type="checkbox"/> Validade 96 h <input type="checkbox"/> Curativo Padronizado	<input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> NPT <input type="checkbox"/> NPP	<input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> SVDSF <input type="checkbox"/> Fralda	<input type="checkbox"/> MV <input type="checkbox"/> MNBZ <input type="checkbox"/> C. nasal ____L/min	<input type="checkbox"/> H.Venosa <input type="checkbox"/> ATB _____ <input type="checkbox"/> Curativo Real. ____/____ Troca ____/____	<input type="checkbox"/> Pré Operatório <input type="checkbox"/> Pós-Operatório <input type="checkbox"/> Escala de Braden ____/____ <input type="checkbox"/> Escala de Morse ____/____	
<b>512-2</b>  Nome: _____	<input type="checkbox"/> Pulseira <input type="checkbox"/> Placa <input type="checkbox"/> Cabeceira ↑ <input type="checkbox"/> Grades ↑ <input type="checkbox"/> Cama defeito	DATA: ____/____ <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> AVP <input type="checkbox"/> Identificado <input type="checkbox"/> Validade 96 h <input type="checkbox"/> Curativo Padronizado	<input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> NPT <input type="checkbox"/> NPP	<input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> SVDSF <input type="checkbox"/> Fralda	<input type="checkbox"/> MV <input type="checkbox"/> MNBZ <input type="checkbox"/> C. nasal ____L/min	<input type="checkbox"/> H.Venosa <input type="checkbox"/> ATB _____ <input type="checkbox"/> Curativo Real. ____/____ Troca ____/____	<input type="checkbox"/> Pré Operatório <input type="checkbox"/> Pós-Operatório <input type="checkbox"/> Escala de Braden ____/____ <input type="checkbox"/> Escala de Morse ____/____	
<b>512-3</b>  Nome: _____	<input type="checkbox"/> Pulseira <input type="checkbox"/> Placa <input type="checkbox"/> Cabeceira ↑ <input type="checkbox"/> Grades ↑ <input type="checkbox"/> Cama defeito	DATA: ____/____ <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> AVP <input type="checkbox"/> Identificado <input type="checkbox"/> Validade 96 h <input type="checkbox"/> Curativo Padronizado	<input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> NPT <input type="checkbox"/> NPP	<input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> SVDSF <input type="checkbox"/> Fralda	<input type="checkbox"/> MV <input type="checkbox"/> MNBZ <input type="checkbox"/> C. nasal ____L/min	<input type="checkbox"/> H.Venosa <input type="checkbox"/> ATB _____ <input type="checkbox"/> Curativo Real. ____/____ Troca ____/____	<input type="checkbox"/> Pré Operatório <input type="checkbox"/> Pós-Operatório <input type="checkbox"/> Escala de Braden ____/____ <input type="checkbox"/> Escala de Morse ____/____	

LEITOS/ NOME	Leito Conformidade	Acesso Present/Confor	Dieta Present	Diurese Presente	O <sub>2</sub> L/min	Infusões/ Curativos	Present/Confor	OBS
<b>514-1</b>  Nome: _____	<input type="checkbox"/> Pulseira <input type="checkbox"/> Placa <input type="checkbox"/> Cabeceira ↑ <input type="checkbox"/> Grades ↑ <input type="checkbox"/> Cama defeito	DATA: ____/____ <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> AVP <input type="checkbox"/> Identificado <input type="checkbox"/> Validade 96 h <input type="checkbox"/> Curativo Padronizado	<input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> NPT <input type="checkbox"/> NPP	<input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> SVDSF <input type="checkbox"/> Fralda	<input type="checkbox"/> MV <input type="checkbox"/> MNBZ <input type="checkbox"/> C. nasal ____L/min	<input type="checkbox"/> H.Venosa <input type="checkbox"/> ATB _____ <input type="checkbox"/> Curativo Real. ____/____ Troca ____/____	<input type="checkbox"/> Pré Operatório <input type="checkbox"/> Pós-Operatório <input type="checkbox"/> Escala de Braden ____/____ <input type="checkbox"/> Escala de Morse ____/____	
<b>514-2</b>  Nome: _____	<input type="checkbox"/> Pulseira <input type="checkbox"/> Placa <input type="checkbox"/> Cabeceira ↑ <input type="checkbox"/> Grades ↑ <input type="checkbox"/> Cama defeito	DATA: ____/____ <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> AVP <input type="checkbox"/> Identificado <input type="checkbox"/> Validade 96 h <input type="checkbox"/> Curativo Padronizado	<input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> NPT <input type="checkbox"/> NPP	<input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> SVDSF <input type="checkbox"/> Fralda	<input type="checkbox"/> MV <input type="checkbox"/> MNBZ <input type="checkbox"/> C. nasal ____L/min	<input type="checkbox"/> H.Venosa <input type="checkbox"/> ATB _____ <input type="checkbox"/> Curativo Real. ____/____ Troca ____/____	<input type="checkbox"/> Pré Operatório <input type="checkbox"/> Pós-Operatório <input type="checkbox"/> Escala de Braden ____/____ <input type="checkbox"/> Escala de Morse ____/____	
<b>514-3</b>  Nome: _____	<input type="checkbox"/> Pulseira <input type="checkbox"/> Placa <input type="checkbox"/> Cabeceira ↑ <input type="checkbox"/> Grades ↑ <input type="checkbox"/> Cama defeito	DATA: ____/____ <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> AVP <input type="checkbox"/> Identificado <input type="checkbox"/> Validade 96 h <input type="checkbox"/> Curativo Padronizado	<input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> NPT <input type="checkbox"/> NPP	<input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> SVDSF <input type="checkbox"/> Fralda	<input type="checkbox"/> MV <input type="checkbox"/> MNBZ <input type="checkbox"/> C. nasal ____L/min	<input type="checkbox"/> H.Venosa <input type="checkbox"/> ATB _____ <input type="checkbox"/> Curativo Real. ____/____ Troca ____/____	<input type="checkbox"/> Pré Operatório <input type="checkbox"/> Pós-Operatório <input type="checkbox"/> Escala de Braden ____/____ <input type="checkbox"/> Escala de Morse ____/____	