



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 Presente/Conforme	Dieta Presente/Conforme	Diurese Present/Confor	O ₂ L/min	Infusões	Curativo	OBS
01 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 conf. <input type="checkbox"/> Curativo Padronizado <input type="checkbox"/> Indicação acesso <input type="checkbox"/> Equipo confor.	Dieta: _____ <input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Equipo conf. <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> Equipo conf. <input type="checkbox"/> NPT <input type="checkbox"/> Equipo conf. <input type="checkbox"/> NPP <input type="checkbox"/> Equipo conf. <input type="checkbox"/> Fixação conforme	<input type="checkbox"/> SVDSF <input type="checkbox"/> Fralda <input type="checkbox"/> Jontex <input type="checkbox"/> Fixação <input type="checkbox"/> Identificação <input type="checkbox"/> Capacidade <input type="checkbox"/> Posicionamento <input type="checkbox"/> Saco Coletor	<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"/> Troca prog. <input type="checkbox"/> Saturado <input type="checkbox"/> Diarréia ____/____/____	
02 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 conf. <input type="checkbox"/> Curativo Padronizado <input type="checkbox"/> Indicação acesso <input type="checkbox"/> Equipo confor.	Dieta: _____ <input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Equipo conf. <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> Equipo conf. <input type="checkbox"/> NPT <input type="checkbox"/> Equipo conf. <input type="checkbox"/> NPP <input type="checkbox"/> Equipo conf. <input type="checkbox"/> Fixação conforme	<input type="checkbox"/> SVDSF <input type="checkbox"/> Fralda <input type="checkbox"/> Jontex <input type="checkbox"/> Fixação <input type="checkbox"/> Identificação <input type="checkbox"/> Capacidade <input type="checkbox"/> Posicionamento <input type="checkbox"/> Saco Coletor	<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"/> Troca prog. <input type="checkbox"/> Saturado <input type="checkbox"/> Diarréia ____/____/____	
03 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 conf. <input type="checkbox"/> Curativo Padronizado <input type="checkbox"/> Indicação acesso <input type="checkbox"/> Equipo confor.	Dieta: _____ <input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Equipo conf. <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> Equipo conf. <input type="checkbox"/> NPT <input type="checkbox"/> Equipo conf. <input type="checkbox"/> NPP <input type="checkbox"/> Equipo conf. <input type="checkbox"/> Fixação conforme	<input type="checkbox"/> SVDSF <input type="checkbox"/> Fralda <input type="checkbox"/> Jontex <input type="checkbox"/> Fixação <input type="checkbox"/> Identificação <input type="checkbox"/> Capacidade <input type="checkbox"/> Posicionamento <input type="checkbox"/> Saco Coletor	<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"/> Troca prog. <input type="checkbox"/> Saturado <input type="checkbox"/> Diarréia ____/____/____	
LEITOS/	Leito	Acesso	Dieta	Diurese	O ₂	Infusões	Curativo	OBS

NOME	Conformidade	Presente/Conforme	Presente/Conforme	Present/Confor	L/min			
04 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 conf. <input type="checkbox"/> Curativo Padronizado <input type="checkbox"/> Indicação acesso <input type="checkbox"/> Equipo confor.	Dieta: _____ <input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Equipo conf. <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> Equipo conf. <input type="checkbox"/> NPT <input type="checkbox"/> Equipo conf. <input type="checkbox"/> NPP <input type="checkbox"/> Equipo conf. <input type="checkbox"/> Fixação conforme	<input type="checkbox"/> SVDSF <input type="checkbox"/> Fralda <input type="checkbox"/> Jontex <input type="checkbox"/> Fixação <input type="checkbox"/> Identificação <input type="checkbox"/> Capacidade <input type="checkbox"/> Posicionamento <input type="checkbox"/> Saco Coletor	<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"/> Troca prog. <input type="checkbox"/> Saturado <input type="checkbox"/> Diarréia ____/____/____	
05 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 conf. <input type="checkbox"/> Curativo Padronizado <input type="checkbox"/> Indicação acesso <input type="checkbox"/> Equipo confor.	Dieta: _____ <input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Equipo conf. <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> Equipo conf. <input type="checkbox"/> NPT <input type="checkbox"/> Equipo conf. <input type="checkbox"/> NPP <input type="checkbox"/> Equipo conf. <input type="checkbox"/> Fixação conforme	<input type="checkbox"/> SVDSF <input type="checkbox"/> Fralda <input type="checkbox"/> Jontex <input type="checkbox"/> Fixação <input type="checkbox"/> Identificação <input type="checkbox"/> Capacidade <input type="checkbox"/> Posicionamento <input type="checkbox"/> Saco Coletor	<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"/> Troca prog. <input type="checkbox"/> Saturado <input type="checkbox"/> Diarréia ____/____/____	
06 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 conf. <input type="checkbox"/> Curativo Padronizado <input type="checkbox"/> Indicação acesso <input type="checkbox"/> Equipo confor.	Dieta: _____ <input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Equipo conf. <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> Equipo conf. <input type="checkbox"/> NPT <input type="checkbox"/> Equipo conf. <input type="checkbox"/> NPP <input type="checkbox"/> Equipo conf. <input type="checkbox"/> Fixação conforme	<input type="checkbox"/> SVDSF <input type="checkbox"/> Fralda <input type="checkbox"/> Jontex <input type="checkbox"/> Fixação <input type="checkbox"/> Identificação <input type="checkbox"/> Capacidade <input type="checkbox"/> Posicionamento <input type="checkbox"/> Saco Coletor	<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"/> Troca prog. <input type="checkbox"/> Saturado <input type="checkbox"/> Diarréia ____/____/____	
07 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 conf. <input type="checkbox"/> Curativo Padronizado <input type="checkbox"/> Indicação acesso <input type="checkbox"/> Equipo confor.	Dieta: _____ <input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Equipo conf. <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> Equipo conf. <input type="checkbox"/> NPT <input type="checkbox"/> Equipo conf. <input type="checkbox"/> NPP <input type="checkbox"/> Equipo conf. <input type="checkbox"/> Fixação conforme	<input type="checkbox"/> SVDSF <input type="checkbox"/> Fralda <input type="checkbox"/> Jontex <input type="checkbox"/> Fixação <input type="checkbox"/> Identificação <input type="checkbox"/> Capacidade <input type="checkbox"/> Posicionamento <input type="checkbox"/> Saco Coletor	<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"/> Troca prog. <input type="checkbox"/> Saturado <input type="checkbox"/> Diarréia ____/____/____	
LEITOS/	Leito	Acesso	Dieta	Diurese	O ₂	Infusões	Curativo	OBS

NOME	Conformidade	Presente/Conforme	Presente/Conforme	Present/Confor	L/min			
08 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 conf. <input type="checkbox"/> Curativo Padronizado <input type="checkbox"/> Indicação acesso <input type="checkbox"/> Equipo confor.	Dieta: _____ <input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Equipo conf. <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> Equipo conf. <input type="checkbox"/> NPT <input type="checkbox"/> Equipo conf. <input type="checkbox"/> NPP <input type="checkbox"/> Equipo conf. <input type="checkbox"/> Fixação conforme	<input type="checkbox"/> SVDSF <input type="checkbox"/> Fralda <input type="checkbox"/> Jontex <input type="checkbox"/> Fixação <input type="checkbox"/> Identificação <input type="checkbox"/> Capacidade <input type="checkbox"/> Posicionamento <input type="checkbox"/> Saco Coletor	<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"/> Troca prog. <input type="checkbox"/> Saturado <input type="checkbox"/> Diarréia ____/____/____	
09 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 conf. <input type="checkbox"/> Curativo Padronizado <input type="checkbox"/> Indicação acesso <input type="checkbox"/> Equipo confor.	Dieta: _____ <input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Equipo conf. <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> Equipo conf. <input type="checkbox"/> NPT <input type="checkbox"/> Equipo conf. <input type="checkbox"/> NPP <input type="checkbox"/> Equipo conf. <input type="checkbox"/> Fixação conforme	<input type="checkbox"/> SVDSF <input type="checkbox"/> Fralda <input type="checkbox"/> Jontex <input type="checkbox"/> Fixação <input type="checkbox"/> Identificação <input type="checkbox"/> Capacidade <input type="checkbox"/> Posicionamento <input type="checkbox"/> Saco Coletor	<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"/> Troca prog. <input type="checkbox"/> Saturado <input type="checkbox"/> Diarréia ____/____/____	
10 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 conf. <input type="checkbox"/> Curativo Padronizado <input type="checkbox"/> Indicação acesso <input type="checkbox"/> Equipo confor.	Dieta: _____ <input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Equipo conf. <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> Equipo conf. <input type="checkbox"/> NPT <input type="checkbox"/> Equipo conf. <input type="checkbox"/> NPP <input type="checkbox"/> Equipo conf. <input type="checkbox"/> Fixação conforme	<input type="checkbox"/> SVDSF <input type="checkbox"/> Fralda <input type="checkbox"/> Jontex <input type="checkbox"/> Fixação <input type="checkbox"/> Identificação <input type="checkbox"/> Capacidade <input type="checkbox"/> Posicionamento <input type="checkbox"/> Saco Coletor	<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"/> Troca prog. <input type="checkbox"/> Saturado <input type="checkbox"/> Diarréia ____/____/____	



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

UTI/2020

DA

TA: ____/____/____.

LEITOS/ NOME	Leito Conformidade	Acesso Presente/Conforme	Dieta Presente/Conforme	Diurese Present/Confor	O ₂ L/min	Infusões	Curativo	OBS
11 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 conf. <input type="checkbox"/> Curativo Padronizado <input type="checkbox"/> Indicação acesso <input type="checkbox"/> Equipo confor.	Dieta: _____ <input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Equipo conf. <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> Equipo conf. <input type="checkbox"/> NPT <input type="checkbox"/> Equipo conf. <input type="checkbox"/> NPP <input type="checkbox"/> Equipo conf. <input type="checkbox"/> Fixação conforme	<input type="checkbox"/> SVDSF <input type="checkbox"/> Fralda <input type="checkbox"/> Jontex <input type="checkbox"/> Fixação <input type="checkbox"/> Identificação <input type="checkbox"/> Capacidade <input type="checkbox"/> Posicionamento <input type="checkbox"/> Saco Coletor	<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"/> Troca prog. <input type="checkbox"/> Saturado <input type="checkbox"/> Diarréia ____/____/____	
12 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 conf. <input type="checkbox"/> Curativo Padronizado <input type="checkbox"/> Indicação acesso <input type="checkbox"/> Equipo confor.	Dieta: _____ <input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Equipo conf. <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> Equipo conf. <input type="checkbox"/> NPT <input type="checkbox"/> Equipo conf. <input type="checkbox"/> NPP <input type="checkbox"/> Equipo conf. <input type="checkbox"/> Fixação conforme	<input type="checkbox"/> SVDSF <input type="checkbox"/> Fralda <input type="checkbox"/> Jontex <input type="checkbox"/> Fixação <input type="checkbox"/> Identificação <input type="checkbox"/> Capacidade <input type="checkbox"/> Posicionamento <input type="checkbox"/> Saco Coletor	<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"/> Troca prog. <input type="checkbox"/> Saturado <input type="checkbox"/> Diarréia ____/____/____	
13 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 conf. <input type="checkbox"/> Curativo Padronizado <input type="checkbox"/> Indicação acesso <input type="checkbox"/> Equipo confor.	Dieta: _____ <input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Equipo conf. <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> Equipo conf. <input type="checkbox"/> NPT <input type="checkbox"/> Equipo conf. <input type="checkbox"/> NPP <input type="checkbox"/> Equipo conf. <input type="checkbox"/> Fixação conforme	<input type="checkbox"/> SVDSF <input type="checkbox"/> Fralda <input type="checkbox"/> Jontex <input type="checkbox"/> Fixação <input type="checkbox"/> Identificação <input type="checkbox"/> Capacidade <input type="checkbox"/> Posicionamento <input type="checkbox"/> Saco Coletor	<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"/> Troca prog. <input type="checkbox"/> Saturado <input type="checkbox"/> Diarréia ____/____/____	

LEITOS/ NOME	Leito Conformidade	Acesso Presente/Conforme	Dieta Presente/Conforme	Diurese Present/Confor	O ₂ L/min	Infusões	Curativo	OBS
14 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 conf. <input type="checkbox"/> Curativo Padronizado <input type="checkbox"/> Indicação acesso <input type="checkbox"/> Equipo confor.	Dieta: _____ <input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Equipo conf. <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> Equipo conf. <input type="checkbox"/> NPT <input type="checkbox"/> Equipo conf. <input type="checkbox"/> NPP <input type="checkbox"/> Equipo conf. <input type="checkbox"/> Fixação conforme	<input type="checkbox"/> SVDSF <input type="checkbox"/> Fralda <input type="checkbox"/> Jontex <input type="checkbox"/> Fixação <input type="checkbox"/> Identificação <input type="checkbox"/> Capacidade <input type="checkbox"/> Posicionamento <input type="checkbox"/> Saco Coletor	<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"/> Troca prog. <input type="checkbox"/> Saturado <input type="checkbox"/> Diarréia ____/____/____	
15 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 conf. <input type="checkbox"/> Curativo Padronizado <input type="checkbox"/> Indicação acesso <input type="checkbox"/> Equipo confor.	Dieta: _____ <input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Equipo conf. <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> Equipo conf. <input type="checkbox"/> NPT <input type="checkbox"/> Equipo conf. <input type="checkbox"/> NPP <input type="checkbox"/> Equipo conf. <input type="checkbox"/> Fixação conforme	<input type="checkbox"/> SVDSF <input type="checkbox"/> Fralda <input type="checkbox"/> Jontex <input type="checkbox"/> Fixação <input type="checkbox"/> Identificação <input type="checkbox"/> Capacidade <input type="checkbox"/> Posicionamento <input type="checkbox"/> Saco Coletor	<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"/> Troca prog. <input type="checkbox"/> Saturado <input type="checkbox"/> Diarréia ____/____/____	
16 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 conf. <input type="checkbox"/> Curativo Padronizado <input type="checkbox"/> Indicação acesso <input type="checkbox"/> Equipo confor.	Dieta: _____ <input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Equipo conf. <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> Equipo conf. <input type="checkbox"/> NPT <input type="checkbox"/> Equipo conf. <input type="checkbox"/> NPP <input type="checkbox"/> Equipo conf. <input type="checkbox"/> Fixação conforme	<input type="checkbox"/> SVDSF <input type="checkbox"/> Fralda <input type="checkbox"/> Jontex <input type="checkbox"/> Fixação <input type="checkbox"/> Identificação <input type="checkbox"/> Capacidade <input type="checkbox"/> Posicionamento <input type="checkbox"/> Saco Coletor	<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"/> Troca prog. <input type="checkbox"/> Saturado <input type="checkbox"/> Diarréia ____/____/____	
17 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 conf. <input type="checkbox"/> Curativo Padronizado <input type="checkbox"/> Indicação acesso <input type="checkbox"/> Equipo confor.	Dieta: _____ <input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Equipo conf. <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> Equipo conf. <input type="checkbox"/> NPT <input type="checkbox"/> Equipo conf. <input type="checkbox"/> NPP <input type="checkbox"/> Equipo conf. <input type="checkbox"/> Fixação conforme	<input type="checkbox"/> SVDSF <input type="checkbox"/> Fralda <input type="checkbox"/> Jontex <input type="checkbox"/> Fixação <input type="checkbox"/> Identificação <input type="checkbox"/> Capacidade <input type="checkbox"/> Posicionamento <input type="checkbox"/> Saco Coletor	<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"/> Troca prog. <input type="checkbox"/> Saturado <input type="checkbox"/> Diarréia ____/____/____	

LEITOS/ NOME	Leito Conformidade	Acesso Presente/Conforme	Dieta Presente/Conforme	Diurese Present/Confor	O ₂ L/min	Infusões	Curativo	OBS
18 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 conf. <input type="checkbox"/> Curativo Padronizado <input type="checkbox"/> Indicação acesso <input type="checkbox"/> Equipo confor.	Dieta: _____ <input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Equipo conf. <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> Equipo conf. <input type="checkbox"/> NPT <input type="checkbox"/> Equipo conf. <input type="checkbox"/> NPP <input type="checkbox"/> Equipo conf. <input type="checkbox"/> Fixação conforme	<input type="checkbox"/> SVDSF <input type="checkbox"/> Fralda <input type="checkbox"/> Jontex <input type="checkbox"/> Fixação <input type="checkbox"/> Identificação <input type="checkbox"/> Capacidade <input type="checkbox"/> Posicionamento <input type="checkbox"/> Saco Coletor	<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"/> Troca prog. <input type="checkbox"/> Saturado <input type="checkbox"/> Diarréia ____/____/____	
19 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 conf. <input type="checkbox"/> Curativo Padronizado <input type="checkbox"/> Indicação acesso <input type="checkbox"/> Equipo confor.	Dieta: _____ <input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Equipo conf. <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> Equipo conf. <input type="checkbox"/> NPT <input type="checkbox"/> Equipo conf. <input type="checkbox"/> NPP <input type="checkbox"/> Equipo conf. <input type="checkbox"/> Fixação conforme	<input type="checkbox"/> SVDSF <input type="checkbox"/> Fralda <input type="checkbox"/> Jontex <input type="checkbox"/> Fixação <input type="checkbox"/> Identificação <input type="checkbox"/> Capacidade <input type="checkbox"/> Posicionamento <input type="checkbox"/> Saco Coletor	<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"/> Troca prog. <input type="checkbox"/> Saturado <input type="checkbox"/> Diarréia ____/____/____	
20 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 conf. <input type="checkbox"/> Curativo Padronizado <input type="checkbox"/> Indicação acesso <input type="checkbox"/> Equipo confor.	Dieta: _____ <input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Equipo conf. <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> Equipo conf. <input type="checkbox"/> NPT <input type="checkbox"/> Equipo conf. <input type="checkbox"/> NPP <input type="checkbox"/> Equipo conf. <input type="checkbox"/> Fixação conforme	<input type="checkbox"/> SVDSF <input type="checkbox"/> Fralda <input type="checkbox"/> Jontex <input type="checkbox"/> Fixação <input type="checkbox"/> Identificação <input type="checkbox"/> Capacidade <input type="checkbox"/> Posicionamento <input type="checkbox"/> Saco Coletor	<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"/> Troca prog. <input type="checkbox"/> Saturado <input type="checkbox"/> Diarréia ____/____/____	