



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 ₂ L/min	Infusões/ Curativos	Present/Confor	OBS
400-1 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 ____/____	
400-2 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 ____/____	
400-3 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 ₂ L/min	Infusões/ Curativos	Present/Confor	OBS
401-1 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 ____/____	
401-2 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 ____/____	
401-3 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 ____/____	
402-1 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 ₂ L/min	Infusões/ Curativos	Present/Confor	OBS
402-2 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 ____/____	
402-3 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 ____/____	
403-1 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 ____/____	
403-2 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 ₂ L/min	Infusões/ Curativos	Present/Confor	OBS
403-3 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 ____/____	
404-1 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 ____/____	
404-2 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 ____/____	
404-3 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 ₂ L/min	Infusões/ Curativos	Present/Confor	OBS
405-1 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 ____/____	
405-2 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 ____/____	
405-3 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 ____/____	
406-1 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 ₂ L/min	Infusões/ Curativos	Present/Confor	OBS
406-2 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 ____/____	
406-3 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 ____/____	
408-1 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 ____/____	
408-2 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 ₂ L/min	Infusões/ Curativos	Present/Confor	OBS
408-3 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 ____/____	
410-1 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 ____/____	
410-2 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 ____/____	
410-3 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 ₂ L/min	Infusões/ Curativos	Present/Confor	OBS
412-1 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 ____/____	
412-2 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 ____/____	
412-3 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 ____/____	