



**FORMULÁRIO PARA PASSAGEM DE  
PLANTÃO e VISITA DE ENFERMAGEM**  
**CLÍNICA MÉDICA/2020**

[illegible]

LEITOS/ NOME	Leito Conformidade	Acesso Presente/Conforme	Dieta Presente/Conforme	Diurese Present/Confor	O <sub>2</sub> L/min	Infusões	Curativo	OBS
<b>804-1</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 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 ____/____/____	
<b>804-2</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 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 ____/____/____	
<b>804-3</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 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 ____/____/____	
<b>805-1</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 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 <sub>2</sub> L/min	Infusões	Curativo	OBS
<b>805-2</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 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 ____/____/____	
<b>805-3</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 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 ____/____/____	
<b>806-1</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 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 ____/____/____	
<b>806-2</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 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 <sub>2</sub> L/min	Infusões	Curativo	OBS
<b>806-3</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 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 ____/____/____	
<b>807-1</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 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 ____/____/____	
<b>807-2</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 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 ____/____/____	
<b>807-3</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 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 <sub>2</sub> L/min	Infusões	Curativo	OBS
<b>808-1</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 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 ____/____/____	
<b>808-2</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 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 ____/____/____	
<b>808-3</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 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 ____/____/____	
<b>809-1</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 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 <sub>2</sub> L/min	Infusões	Curativo	OBS
<b>810-1</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 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 ____/____/____	
<b>810-2</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 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 ____/____/____	
<b>810-3</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 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 ____/____/____	
<b>811-1</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 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 <sub>2</sub> L/min	Infusões	Curativo	OBS
<b>811-2</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 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 ____/____/____	
<b>811-3</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 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 ____/____/____	
<b>812-1</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 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 ____/____/____	
<b>812-2</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 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 <sub>2</sub> L/min	Infusões	Curativo	OBS
<b>812-3</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 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 ____/____/____	
<b>813-1</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 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 ____/____/____	
<b>813-2</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 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 ____/____/____	
<b>813-3</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 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 <sub>2</sub> L/min	Infusões	Curativo	OBS
<b>814-1</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 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 ____/____/____	
<b>814-2</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 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 ____/____/____	
<b>814-3</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 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 ____/____/____	
<b>815-1</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 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 <sub>2</sub> L/min	Infusões	Curativo	OBS
<b>815-2</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 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 ____/____/____	
<b>815-3</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 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 ____/____/____	
<b>816-1</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 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 ____/____/____	
<b>816-2</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 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 <sub>2</sub> L/min	Infusões	Curativo	OBS
<b>816-3</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 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 ____/____/____	
<b>817-1</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 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 ____/____/____	
<b>817-2</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 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 ____/____/____	
<b>817-3</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 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 <sub>2</sub> L/min	Infusões	Curativo	OBS
<b>818-1</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 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 ____/____/____	
<b>818-2</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 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 ____/____/____	
<b>818-3</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 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 ____/____/____	
<b>819-1</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 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 <sub>2</sub> L/min	Infusões	Curativo	OBS
<b>819-2</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 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 ____/____/____	
<b>819-3</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 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 ____/____/____	
<b>820-1</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 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 ____/____/____	
<b>822-1</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 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 <sub>2</sub> L/min	Infusões	Curativo	OBS
<b>822-3</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 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 ____/____/____	
<b>824-1</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 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 ____/____/____	
<b>824-2</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 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 ____/____/____	
<b>824-3</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 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 <sub>2</sub> L/min	Infusões	Curativo	OBS
<b>825-1</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 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 ____/____/____	
<b>825-2</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 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 ____/____/____	
<b>825-3</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 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 ____/____/____	