PLANTÃO
EM DIA

200

ANOTAÇÕES E EVOLUÇÕES

PRONTAS

100 preenchidas + 100 editáveis

COPIE, ADAPTE E REGISTRE



12 CAPÍTULOS · POR SITUAÇÃO DO PLANTÃO

COMO USAR EM 1 MINUTO

01 Ache a situação no sumário (12 capítulos, por situação do plantão).

02 Abra o modelo **preenchido** para ver como fica um registro completo.

03 Copie o modelo **editável** e troque cada lacuna pelo que você observou e fez.

04 Confira horário, identificação e assinatura (nome, categoria e número do Coren) antes de fechar.

05 Regra de ouro: o modelo é ponto de partida. O registro final precisa contar exatamente o cuidado que você prestou naquele paciente, naquele horário.

06 Como ler cada página: no topo, o número e o caso; à esquerda, quem registra, as siglas usadas e a referência rápida; à direita, o registro em 4 blocos — nas **anotações** O (observado), F (feito), R (resposta do paciente) e C (comunicado e pendências); nas **evoluções do enfermeiro** S (subjetivo), O (objetivo), A (avaliação) e P (plano). Embaixo, as informações-chave daquele caso.

ANOTAÇÃO X EVOLUÇÃO (QUEM FAZ O QUÊ)

01 **Anotação de enfermagem** (técnicos, auxiliares e enfermeiros): registro do que foi observado e feito, em ordem de horário — sinais vitais, cuidados, medicação, queixas, intercorrências. Descreve, não interpreta.

02 **Evolução de enfermagem** (privativa do enfermeiro): avaliação dos resultados do cuidado no contexto do Processo de Enfermagem; a periodicidade depende da condição clínica e do serviço. Diagnóstico e prescrição de enfermagem são etapas próprias, privativas do enfermeiro.

03 Fundamento: o registro de enfermagem é obrigatório e segue as normas do Conselho Federal de Enfermagem para anotação e processo de enfermagem (Resolução Cofen nº 736/2024 e normas sobre registro). Confira sempre também o protocolo da sua instituição.



O QUE NÃO PODE FALTAR EM NENHUM REGISTRO

01 Data e hora do registro e dos fatos. Se o registro for tardio, identifique o horário atual e o horário do fato; não retrodate.

02 Letra legível, sem rasura, sem corretivo, sem linha em branco entre registros.

03 Termos técnicos simples e objetivos; nada de "paciente bem", "sem queixas" sem dizer o que foi avaliado.

04 O que o paciente disse entre aspas quando for importante.

05 Intercorrências com o que foi feito e quem foi comunicado (nome e horário).

06 Identificação legível (nome, categoria e Coren-UF/número) e assinatura. O carimbo não substitui a assinatura; no eletrônico, use o mecanismo individual previsto pelo sistema e pelas normas.



ENCONTRE O SEU CASO

Preenchidos e editáveis · toque no capítulo para abrir



01 Admissão, Transferência e Alta

Modelos 001, 002, 003, 004, 005, 006, 007, 008, 009

PREENCHIDOS p. 12 · EDITÁVEIS p. 123



02 Sinais Vitais e Controles

Modelos 010, 011, 012, 013, 014, 015, 016, 017

PREENCHIDOS p. 22 · EDITÁVEIS p. 132



03 Higiene e Conforto

Modelos 018, 019, 020, 021, 022, 023, 024, 025, 026

PREENCHIDOS p. 31 · EDITÁVEIS p. 140



04 Medicação e Soroterapia

Modelos 027, 028, 029, 030, 031, 032, 033, 034, 035, 036

PREENCHIDOS p. 41 · EDITÁVEIS p. 149



05 Curativos e Lesões

Modelos 037, 038, 039, 040, 041, 042, 043, 044, 045

PREENCHIDOS p. 52 · EDITÁVEIS p. 159



06 Sondas, Drenos e Cateteres

Modelos 046, 047, 048, 049, 050, 051, 052, 053, 054

PREENCHIDOS p. 62 · EDITÁVEIS p. 168

ENCONTRE O SEU CASO

Preenchidos e editáveis · toque no capítulo para abrir



07 Pré e Pós-operatório

Modelos 055, 056, 057, 058, 059, 060, 061, 062

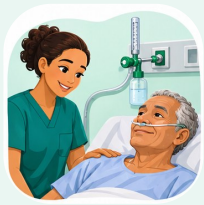
PREENCHIDOS p. 72 · EDITÁVEIS p. 177



08 Intercorrências

Modelos 063, 064, 065, 066, 067, 068, 069, 070, 071, 072

PREENCHIDOS p. 81 · EDITÁVEIS p. 185



09 Cuidados Respiratórios

Modelos 073, 074, 075, 076, 077, 078, 079

PREENCHIDOS p. 92 · EDITÁVEIS p. 195



10 Maternidade e Pediatria

Modelos 080, 081, 082, 083, 084, 085, 086, 087

PREENCHIDOS p. 100 · EDITÁVEIS p. 202



11 Comportamento e Segurança

Modelos 088, 089, 090, 091, 092, 093, 094

PREENCHIDOS p. 109 · EDITÁVEIS p. 210



12 Situações Especiais

Modelos 095, 096, 097, 098, 099, 100

PREENCHIDOS p. 117 · EDITÁVEIS p. 217

ESCOLHA O REGISTRO

MODELO / EDITÁVEL

001	ADMISSÃO DO PACIENTE NA UNIDADE DE INTERNAÇÃO	12 / 123
002	ADMISSÃO: AVALIAÇÃO INICIAL DO ENFERMEIRO	13 / 124
003	ADMISSÃO DE PACIENTE ACAMADO	14 / 125
004	TRANSFERÊNCIA PARA OUTRO SETOR	15 / 126
005	RECEBIMENTO DE PACIENTE TRANSFERIDO	16 / 127
006	ALTA HOSPITALAR	17 / 128
007	ALTA: AVALIAÇÃO DO ENFERMEIRO	18 / 129
008	ALTA A PEDIDO	19 / 130
009	ENTRADA NO PRONTO-SOCORRO / OBSERVAÇÃO	20 / 131
010	AFERIÇÃO DE SINAIS VITAIS SEM ALTERAÇÃO	22 / 132
011	PRESSÃO ARTERIAL ELEVADA	23 / 133
012	HIPOTENSÃO	24 / 134
013	FEBRE	25 / 135
014	GLICEMIA CAPILAR COM INSULINA POR ESCALA	26 / 136
015	BALANÇO HÍDRICO DE 24 H	27 / 137
016	QUEDA DE SATURAÇÃO (DESSATURAÇÃO)	28 / 138
017	SINAIS VITAIS ALTERADOS: AVALIAÇÃO DO ENFERMEIRO	29 / 139
018	BANHO NO LEITO	31 / 140
019	BANHO DE ASPERSÃO COM AUXÍLIO	32 / 141
020	RECUSA DO BANHO	33 / 142
021	HIGIENE ORAL	34 / 143
022	HIGIENE ÍNTIMA E TROCA DE FRALDA	35 / 144
023	MUDANÇA DE DECÚBITO	36 / 145
024	LAVAGEM DO COURO CABELUDO NO LEITO	37 / 146
025	AVALIAÇÃO DE PELE E AUTOCUIDADO	38 / 147

ESCOLHA O REGISTRO

MODELO / EDITÁVEL

026	CONFORTO E SONO	39 / 148
027	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÕES DO HORÁRIO	41 / 149
028	MEDICAÇÃO NÃO ADMINISTRADA	42 / 150
029	RECUSA DE MEDICAÇÃO	43 / 151
030	PUNÇÃO DE ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	44 / 152
031	RETIRADA DE ACESSO POR SINAIS FLOGÍSTICOS	45 / 153
032	FLEBITE: AVALIAÇÃO DO ENFERMEIRO	46 / 154
033	INSTALAÇÃO DE SOROTERAPIA	47 / 155
034	HEMOTRANSFUSÃO	48 / 156
035	REAÇÃO ADVERSA DURANTE A INFUSÃO	49 / 157
036	INSULINA E CONTROLE GLICÊMICO	50 / 158
037	CURATIVO DE FERIDA OPERATÓRIA	52 / 159
038	CURATIVO DE LESÃO POR PRESSÃO	53 / 160
039	AVALIAÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO	54 / 161
040	CURATIVO DE ÚLCERA VENOSA	55 / 162
041	RETIRADA DE PONTOS	56 / 163
042	CURATIVO DE CATETER VENOSO CENTRAL	57 / 164
043	DEISCÊNCIA DE FERIDA	58 / 165
044	LESÃO DE PELE POR ADESIVO	59 / 166
045	PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO	60 / 167
046	PASSAGEM DE SONDA NASOENTERAL	62 / 168
047	DIETA ENTERAL	63 / 169
048	SONDA NASOGÁSTRICA ABERTA	64 / 170
049	SONDAGEM VESICAL DE DEMORA	65 / 171
050	CUIDADOS COM SONDA VESICAL	66 / 172

ESCOLHA O REGISTRO

MODELO / EDITÁVEL

051	DRENO: DÉBITO E ASPECTO	67 / 173
052	OSTOMIA (TROCA DE BOLSA)	68 / 174
053	SONDA TRACIONADA / EXTERIORIZADA	69 / 175
054	CATETERES E DISPOSITIVOS: AVALIAÇÃO DO ENFERMEIRO	70 / 176
055	PREPARO PRÉ-OPERATÓRIO	72 / 177
056	RETORNO DO CENTRO CIRÚRGICO	73 / 178
057	AVALIAÇÃO PÓS-OPERATÓRIA	74 / 179
058	DOR PÓS-OPERATÓRIA	75 / 180
059	NÁUSEAS E VÔMITOS NO PÓS-OPERATÓRIO	76 / 181
060	PRIMEIRA DEAMBULAÇÃO	77 / 182
061	SANGRAMENTO NO PÓS-OPERATÓRIO	78 / 183
062	JEJUM PARA EXAME	79 / 184
063	QUEDA DO LEITO	81 / 185
064	AVALIAÇÃO APÓS QUEDA	82 / 186
065	HIPOGLICEMIA	83 / 187
066	CONVULSÃO	84 / 188
067	DOR TORÁCICA	85 / 189
068	PIORA DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	86 / 190
069	PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA	87 / 191
070	DIARREIA	88 / 192
071	EPISTAXE	89 / 193
072	INTERCORRÊNCIA: AVALIAÇÃO DO ENFERMEIRO	90 / 194
073	OXIGENOTERAPIA	92 / 195
074	ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS	93 / 196
075	NEBULIZAÇÃO	94 / 197

ESCOLHA O REGISTRO

MODELO / EDITÁVEL

076	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	95 / 198
077	VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA	96 / 199
078	DESCONFORTO RESPIRATÓRIO	97 / 200
079	PADRÃO RESPIRATÓRIO: AVALIAÇÃO DO ENFERMEIRO	98 / 201
080	ADMISSÃO DE PUÉRPERA	100 / 202
081	PÓS-PARTO CESÁREA	101 / 203
082	AVALIAÇÃO DA PUÉRPERA	102 / 204
083	CUIDADOS COM O RECÉM-NASCIDO	103 / 205
084	ICTERÍCIA NEONATAL	104 / 206
085	CRIANÇA INTERNADA: ROTINA	105 / 207
086	FEBRE EM CRIANÇA	106 / 208
087	CRIANÇA: AVALIAÇÃO DO ENFERMEIRO	107 / 209
088	AGITAÇÃO PSICOMOTORA	109 / 210
089	CONTENÇÃO MECÂNICA	110 / 211
090	CONFUSÃO AGUDA (DELIRIUM)	111 / 212
091	RISCO DE AUTOAGRESSÃO: OBSERVAÇÃO	112 / 213
092	EVASÃO	113 / 214
093	ACOMPANHANTE EM CONFLITO	114 / 215
094	ISOLAMENTO DE CONTATO	115 / 216
095	ÓBITO	117 / 217
096	ÓBITO: REGISTRO DO ENFERMEIRO	118 / 218
097	RECUSA DE PROCEDIMENTO	119 / 219
098	CUIDADOS PALIATIVOS: CONFORTO	120 / 220
099	PASSAGEM DE PLANTÃO	121 / 221
100	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM DIÁRIA COMPLETA	122 / 222

01

CAPÍTULO

ADMISSÃO, TRANSFERÊNCIA E ALTA



MODELOS 001, 002, 003, 004, 005, 006, 007, 008, 009

MODELO 001

ADMISSÃO DO PACIENTE NA UNIDADE DE INTERNAÇÃO

Adulto vindo do pronto-socorro, consciente, com acesso venoso salinizado

01 / ADMISSÃO, TRANSFERÊNCIA E ALTA



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

SSVV sinais vitais · AVP acesso venoso periférico · MSE membro superior esquerdo · SpO_2 saturação de O_2

REFERÊNCIA RÁPIDA

Escalas de admissão: Braden e Morse (Bônus 2)

O — OBSERVADO

14h20 — Paciente admitido(a) na clínica médica, leito 12, procedente do pronto-socorro, em cadeira de rodas, acompanhado(a) por filha. Consciente, orientado(a), comunicativo(a). Refere dor abdominal leve, 3/10.

F — FEITO

SSVV: PA 130x80 mmHg, FC 84 bpm, FR 18 irpm, T 36,4 °C, SpO_2 97% em ar ambiente. AVP em MSE, salinizado, sem sinais flogísticos. Pulseira de identificação conferida com nome completo e data de nascimento. Pertences entregues a acompanhante. Orientado(a) sobre rotinas e campainha.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

Paciente tranquilo(a), refere ter entendido as orientações. Grades elevadas, campainha ao alcance.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Comunicado(a) enfermeiro(a) nome às 14h30 para avaliação de admissão. Pendente: exames da manhã.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Registre a procedência, o meio de transporte e quem acompanhou.

ERRO COMUM

Escrever "admitido em BEG" sem dizer o que foi avaliado.

COMUNIQUE SE

Sinal vital alterado, dor intensa, alergia relatada ou pulseira com dado divergente.

Exemplo preenchido e fictício. Adapte ao seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

MODELO 002

ADMISSÃO: AVALIAÇÃO INICIAL DO ENFERMEIRO

Idoso com pneumonia, hipertenso e diabético, risco de queda

01 / ADMISSÃO, TRANSFERÊNCIA E ALTA



QUEM REGISTRA

Evolução · enfermeiro

SIGLAS DESTE REGISTRO

HAS hipertensão · DM2 diabetes tipo 2 · GCS escala de Glasgow

REFERÊNCIA RÁPIDA

Braden e Morse (Bônus 2) · Processo de Enfermagem

S SUBJETIVO

14h40 — Paciente masculino, 68 anos, internado por pneumonia comunitária. Refere cansaço e tosse há 4 dias. Antecedentes: HAS e DM2. Alergias: nega.

O OBSERVADO

Consciente, orientado, GCS 15; eupneico em ar ambiente, SpO_2 94%; corado, hidratado; abdome flácido, indolor; eliminações espontâneas. Pele íntegra. Braden 16, Morse 45.

A AVALIAÇÃO

Diagnósticos de enfermagem: risco de queda; padrão respiratório ineficaz; risco de glicemia instável.

P PLANO

Grades elevadas e cama baixa; cabeceira a 30°; SSVV 6/6 h; glicemia capilar conforme prescrição; reavaliar Morse a cada plantão. Orientados paciente e acompanhante.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Feche cada diagnóstico com uma intervenção no plano.

ERRO COMUM

Esquecer de registrar a alergia perguntada (mesmo quando "nega").

COMUNIQUE SE

SpO_2 abaixo do alvo, confusão nova ou glicemia fora da faixa prescrita.

Exemplo preenchido e fictício. Adapte ao seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

MODELO 003

ADMISSÃO DE PACIENTE ACAMADO

Idoso acamado vindo de casa, com lesão por pressão em região sacral

01 / ADMISSÃO, TRANSFERÊNCIA E ALTA



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

DLE decúbito lateral esquerdo · LPP lesão por pressão · SAMU

REFERÊNCIA RÁPIDA

Estágios de LPP (Bônus 3) · Braden (Bônus 2)

O — OBSERVADO

08h10 — Admitido(a) no leito 5, em maca, procedente de domicílio via SAMU. Acamado(a), responde a estímulos verbais. Em uso de fralda. Pele com hiperemia que não some à pressão em região sacral, cerca de 3 x 2 cm.

F — FEITO

SSVV: PA 110x70 mmHg, FC 92 bpm, FR 20 irpm, T 37,2 °C, SpO_2 94%. Realizada mudança de decúbito para DLE com coxins e calcâneos flutuantes. Instalada superfície de redistribuição de pressão definida pelo(a) enfermeiro(a).

R — RESPOSTA DO PACIENTE

Paciente sem sinais de desconforto após o posicionamento.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Comunicado(a) enfermeiro(a) nome às 08h20 sobre a lesão em região sacral para avaliação e prescrição do cuidado.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Descreva a pele na chegada: protege a equipe e o paciente.

ERRO COMUM

Registrar "escara" ou "ferida" sem local, tamanho e aspecto.

COMUNIQUE SE

Lesão aberta, sinais de infecção ou piora da respiração.

Exemplo preenchido e fictício. Adapte ao seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

MODELO 004

TRANSFERÊNCIA PARA OUTRO SETOR

Paciente com piora respiratória transferido para a UTI

01 / ADMISSÃO, TRANSFERÊNCIA E ALTA



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

UTI · O_2 oxigênio · L/min litros por minuto

REFERÊNCIA RÁPIDA

Checklist de transferência (Bônus 5)

O — OBSERVADO

16h00 — Paciente sonolento(a), responsivo(a), em O_2 por cateter nasal a 3 L/min. Antes da saída: PA 100x60 mmHg, FC 110 bpm, SpO_2 93%.

F — FEITO

Transferido(a) para UTI, leito 3, em maca com oxigênio portátil. Levados prontuário, exames e medicações em uso. Acompanhado(a) por técnico(a) nome e enfermeiro(a) nome.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

Transporte sem intercorrências; chegada ao setor às 16h10.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Plantão passado a nome do receptor às 16h10.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Anote o horário de saída e quem recebeu o paciente.

ERRO COMUM

Transferir sem registrar os sinais vitais de saída.

COMUNIQUE SE

Queda da saturação ou instabilidade durante o transporte.

Exemplo preenchido e fictício. Adapte ao seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

MODELO 005

RECEBIMENTO DE PACIENTE TRANSFERIDO

Paciente vindo da enfermaria com acesso venoso e sonda vesical

01 / ADMISSÃO, TRANSFERÊNCIA E ALTA



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

AVP · MSD membro superior direito · SVD sonda vesical de demora

REFERÊNCIA RÁPIDA

Passagem de plantão SBAR (Bônus 5)

O — OBSERVADO

16h15 — Recebido(a) da enfermaria, leito 8, em maca, sonolento(a), responsivo(a). Dispositivos: AVP em MSD, SVD com diurese clara.

F — FEITO

SSVV: PA … mmHg, FC … bpm, FR … irpm, T … °C, SpO_2 …%. Conferidos prontuário, pulseira e medicações em uso.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

Paciente acomodado(a) no leito, grades elevadas.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Recebido plantão de nome; pendências: RX às 18h.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Liste os dispositivos com local e data de inserção.

ERRO COMUM

Assumir que o setor de origem conferiu tudo.

COMUNIQUE SE

Divergência na identificação, nas medicações ou nos dispositivos.

Exemplo preenchido e fictício. Adapte ao seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

MODELO 006

ALTA HOSPITALAR

Alta com retirada de acesso e orientações para casa

01 / ADMISSÃO, TRANSFERÊNCIA E ALTA



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

AVP · MSE

REFERÊNCIA RÁPIDA

50 Orientações de Alta (extra) · Checklist de alta (Bônus 5)

O — OBSERVADO

11h30 — Alta hospitalar conforme prescrição médica. Paciente deambulando, sem queixas ao ser questionado(a) sobre dor.

F — FEITO

Retirado AVP de MSE, cateter íntegro, com curativo compressivo. Orientados paciente e acompanhante sobre medicações, retorno ao ambulatório em 7 dias e sinais de alerta. Entregues receita, resumo de alta e exames.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

Paciente e acompanhante repetem as orientações com as próprias palavras.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Saiu deambulando, acompanhado(a) por esposa, às 11h45.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Registre como e com quem o paciente saiu.

ERRO COMUM

Escrever só "alta" sem as orientações dadas.

COMUNIQUE SE

Paciente sem acompanhante quando precisava de um ou com dúvida sobre a medicação.

Exemplo preenchido e fictício. Adapte ao seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

MODELO 007

ALTA: AVALIAÇÃO DO ENFERMEIRO

Pós-operatório com ferida limpa, educação em saúde concluída

01 / ADMISSÃO, TRANSFERÊNCIA E ALTA



QUEM REGISTRA

Evolução · enfermeiro

SIGLAS DESTE REGISTRO

PO pós-operatório · UBS unidade básica de saúde

REFERÊNCIA RÁPIDA

50 Orientações de Alta (extra)

S — SUBJETIVO

11h00 — Paciente refere sentir-se bem, sem dor ao repouso e segura(o) para os cuidados em casa.

O — OBSERVADO

Consciente, orientado(a), deambulando sem auxílio, eupneico(a), aceitando dieta, eliminações presentes. Ferida operatória limpa e seca.

A — AVALIAÇÃO

Paciente em condições de alta. Conhecimento adequado sobre cuidados com a ferida e medicação.

P — PLANO

Educação em saúde sobre curativo, medicação e sinais de alerta com paciente e filha, que repetiram as orientações. Encaminhado(a) para UBS de referência.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Confirme a compreensão pedindo que o paciente repita.

ERRO COMUM

Orientar e não registrar quem recebeu as orientações.

COMUNIQUE SE

Barreira de entendimento ou falta de condições de cuidado em casa.

Exemplo preenchido e fictício. Adapte ao seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

MODELO 008

ALTA A PEDIDO

Paciente decide sair contra orientação da equipe

01 / ADMISSÃO, TRANSFERÊNCIA E ALTA



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

AVP

REFERÊNCIA RÁPIDA

Guia do Prontuário (extra)

O — OBSERVADO

19h00 — Paciente solicita alta a pedido, referindo "preciso cuidar dos meus filhos".

F — FEITO

Comunicados enfermeiro(a) nome e médico(a) nome, que orientou os riscos. Termo de responsabilidade assinado pelo paciente às 19h20. Retirado AVP sem intercorrências.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

Paciente mantém a decisão após as orientações.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Saiu deambulando, acompanhado(a) por irmão, às 19h30.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Escreva a fala do paciente entre aspas.

ERRO COMUM

Liberar sem o termo assinado e sem registro de quem orientou.

COMUNIQUE SE

Sinais de confusão ou incapacidade de decidir.

Exemplo preenchido e fictício. Adapte ao seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

MODELO 009

ENTRADA NO PRONTO-SOCORRO / OBSERVAÇÃO

Cefaleia intensa com pressão elevada na chegada

01 / ADMISSÃO, TRANSFERÊNCIA E ALTA



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

PA · HGT glicemia capilar · AVP · 20G calibre do cateter

REFERÊNCIA RÁPIDA

Sinais vitais e sinais de alerta (Bônus 1)

O — OBSERVADO

02h10 — Paciente deu entrada na sala de observação, deambulando, com queixa de cefaleia intensa há 2 h, 8/10.

F — FEITO

PA 170x100 mmHg, FC 88 bpm, T 36,6 °C, SpO_2 98%, glicemia capilar 112 mg/dL. Puncionado AVP em MSD com cateter 20G.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

Paciente aguarda avaliação médica em repouso.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Avaliado(a) por médico(a) plantonista às 02h20. Aguarda exames.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Use a escala de dor (0–10) na chegada.

ERRO COMUM

Não reaferir a PA alterada antes de registrar.

COMUNIQUE SE

Alteração de fala, força ou visão (sinais de AVE).

Exemplo preenchido e fictício. Adapte ao seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

02

CAPÍTULO

SINAIS VITAIS E CONTROLES



MODELOS 010, 011, 012, 013, 014, 015, 016, 017

MODELO 010

AFERIÇÃO DE SINAIS VITAIS SEM ALTERAÇÃO

Rotina das 6h em paciente estável

02 / SINAIS VITAIS E CONTROLES



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

SSVV · bpm · irpm · SpO_2

REFERÊNCIA RÁPIDA

Valores de referência (Bônus 1)

O — OBSERVADO

06h00 — Paciente acordado(a), ao ser questionado(a) nega dor (0/10).

F — FEITO

PA 120x80 mmHg, FC 76 bpm, FR 16 irpm, T 36,5 °C, SpO_2 98% em ar ambiente.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

Sem queixas relatadas.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Sem pendências.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Escreva os valores, nunca só "SSVV estáveis".

ERRO COMUM

Registrar o horário do fim do plantão em vez da hora da aferição.

COMUNIQUE SE

Qualquer valor fora da faixa ou da meta prescrita.

Exemplo preenchido e fictício. Adapte ao seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

MODELO 011

PRESSÃO ARTERIAL ELEVADA

PA alta com cefaleia, medicada conforme prescrição

02 / SINAIS VITAIS E CONTROLES



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

PA · VO via oral

REFERÊNCIA RÁPIDA

Classificação da PA (Bônus 1)

O — OBSERVADO

10h00 — PA 180x110 mmHg; reaferida após 5 min em repouso: 176x108 mmHg. FC 90 bpm. Paciente refere cefaleia occipital.

F — FEITO

Administrado captopril 25 mg VO conforme prescrição às 10h15.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

11h15 — PA 148x92 mmHg, refere melhora da cefaleia.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Comunicado(a) enfermeiro(a) nome às 10h05.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Registre a reaferição e o valor depois da conduta.

ERRO COMUM

Medicar e não reavaliar.

COMUNIQUE SE

Dor no peito, alteração neurológica ou PA que não cede.

Exemplo preenchido e fictício. Adapte ao seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

MODELO 012

HIPOTENSÃO

Queda de pressão com tontura e sudorese

02 / SINAIS VITAIS E CONTROLES



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

PA · FC · MMII membros inferiores

REFERÊNCIA RÁPIDA

Sinais de alerta (Bônus 1)

O — OBSERVADO

15h30 — PA 80x50 mmHg, FC 112 bpm, paciente sudoreico(a), refere tontura.

F — FEITO

Mantido(a) em decúbito dorsal com MMII elevados. Iniciado soro conforme prescrição.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

15h50 — PA 96x60 mmHg, refere melhora da tontura.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Comunicados enfermeiro(a) nome e médico(a) nome às 15h32.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Ligue o sintoma ao valor aferido no mesmo horário.

ERRO COMUM

Levantar o paciente antes de reavaliar.

COMUNIQUE SE

Rebaixamento de consciência ou extremidades frias.

Exemplo preenchido e fictício. Adapte ao seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

MODELO 013

FEBRE

Febre com calafrios, antitérmico e reavaliação

02 / SINAIS VITAIS E CONTROLES



O OBSERVADO

22h00 — T 38,6 °C (axilar), FC 104 bpm, paciente com calafrios.

F FEITO

Administrado dipirona 1 g EV às 22h10 conforme prescrição. Medidas de conforto (roupas leves).

R RESPOSTA DO PACIENTE

23h00 — T 37,4 °C, calafrios cessaram.

C COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Comunicado(a) enfermeiro(a) nome às 22h02.

QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

T temperatura · EV endovenosa · FC

REFERÊNCIA RÁPIDA

Faixas de temperatura (Bônus 1)

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Registre a temperatura antes e depois.

ERRO COMUM

Escrever "febril" sem o valor e o local da medida.

COMUNIQUE SE

Febre com queda de pressão, confusão ou falta de ar.

Exemplo preenchido e fictício. Adapte ao seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

MODELO 014

GLICEMIA CAPILAR COM INSULINA POR ESCALA

Glicemia elevada antes do almoço, insulina conforme escala

02 / SINAIS VITAIS E CONTROLES



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

HGT/DX glicemia capilar · UI unidades · SC subcutânea

REFERÊNCIA RÁPIDA

Glicemia (Bônus 1) · Insulina (extra Cálculo)

O — OBSERVADO

11h00 — Glicemia capilar 245 mg/dL. Paciente assintomático(a).

F — FEITO

Administrada insulina regular 4 UI SC em abdome conforme escala prescrita às 11h05. Rodízio de local respeitado.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

Paciente almoçou às 11h40, aceitação total.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Sem intercorrências.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Anote o local de aplicação para o rodízio.

ERRO COMUM

Aplicar a escala sem conferir a prescrição do dia.

COMUNIQUE SE

Valores acima do limite da prescrição ou abaixo de 70 mg/dL.

Exemplo preenchido e fictício. Adapte ao seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

MODELO 015

BALANÇO HÍDRICO DE 24 H

Fechamento do balanço com entradas e saídas

02 / SINAIS VITAIS E CONTROLES



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

BH balanço hídrico · EV · VO

REFERÊNCIA RÁPIDA

Checklist do plantão (Bônus 5)

O — OBSERVADO

07h00 — Fechado balanço hídrico das 24 h.

F — FEITO

Entradas 2.100 mL (EV 1.500 mL; VO 600 mL); saídas 1.650 mL (diurese 1.500 mL; dreno 150 mL).

R — RESPOSTA DO PACIENTE

Balanço +450 mL.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Valores passados ao(à) enfermeiro(a) nome.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Separe entradas e saídas por via.

ERRO COMUM

Esquecer de somar perdas por dreno e vômito.

COMUNIQUE SE

Diurese abaixo do esperado ou balanço muito positivo em cardiopata.

Exemplo preenchido e fictício. Adapte ao seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

MODELO 016

QUEDA DE SATURAÇÃO (DESSATURAÇÃO)

Falta de ar de madrugada, oxigênio conforme orientação

02 / SINAIS VITAIS E CONTROLES



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

SpO_2 · FR · O_2 · L/min

REFERÊNCIA RÁPIDA

Saturação (Bônus 1)

O — OBSERVADO

03h20 — SpO_2 88% em ar ambiente, FR 26 irpm, paciente dispneico(a), com uso de musculatura acessória.

F — FEITO

Elevada a cabeceira. Instalado O_2 por cateter nasal a 2 L/min conforme orientação de enfermeiro(a) nome.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

03h35 — SpO_2 94%, FR 22 irpm.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Médico(a) plantonista comunicado(a) às 03h22.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Escreva o valor antes e depois do oxigênio, com o fluxo.

ERRO COMUM

Instalar oxigênio sem orientação e sem registrar o fluxo.

COMUNIQUE SE

Saturação que não sobe ou piora da consciência.

Exemplo preenchido e fictício. Adapte ao seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

MODELO 017

SINAIS VITAIS ALTERADOS: AVALIAÇÃO DO ENFERMEIRO

Suspeita de sepse, protocolo institucional acionado

02 / SINAIS VITAIS E CONTROLES



QUEM REGISTRA

Evolução · enfermeiro

SIGLAS DESTE REGISTRO

T · PA · FC · TEC tempo de enchimento capilar

REFERÊNCIA RÁPIDA

Sinais de alerta (Bônus 1)

S — SUBJETIVO

04h00 — Paciente refere mal-estar e calafrios desde 03h30.

O — OBSERVADO

FC 118 bpm, T 38,2 °C, PA 95x60 mmHg, sonolento, extremidades frias, TEC > 3 s.

A — AVALIAÇÃO

Sinais compatíveis com deterioração clínica. Diagnóstico de enfermagem: risco de choque.

P — PLANO

Protocolo de sepse da instituição acionado; médico(a) nome comunicado(a) às 03h35; coletas conforme prescrição; SSVV de 1/1 h; controle de diurese; reavaliar em 1 h.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Registre o horário de cada etapa do protocolo.

ERRO COMUM

Esperar o próximo horário de sinais vitais para comunicar.

COMUNIQUE SE

Hipotensão persistente ou rebaixamento de consciência.

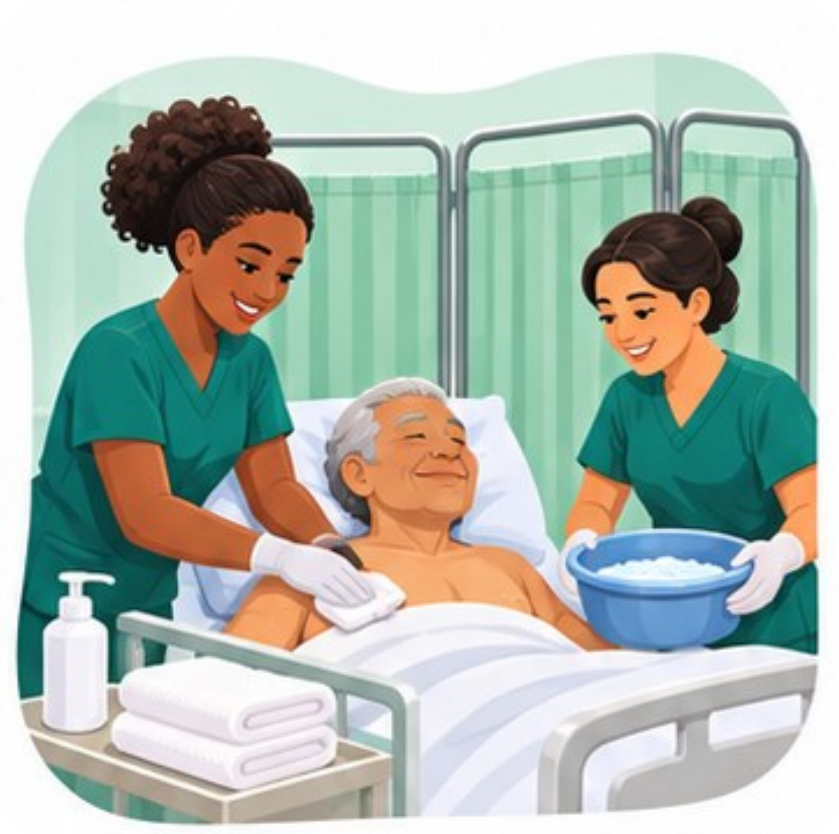
Exemplo preenchido e fictício. Adapte ao seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

03

CAPÍTULO

HIGIENE E CONFORTO



MODELOS 018, 019, 020, 021, 022, 023, 024, 025, 026

MODELO 018

BANHO NO LEITO

Paciente dependente, pele com hiperemia em calcâneos

03 / HIGIENE E CONFORTO



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

DLD decúbito lateral direito · AGE ácidos graxos essenciais

REFERÊNCIA RÁPIDA

Prevenção de LPP (Bônus 3)

O — OBSERVADO

09h00 — Paciente dependente para o banho. Pele íntegra, hidratada; hiperemia em calcâneos que some à pressão.

F — FEITO

Realizado banho no leito com auxílio de 1 colega. Hidratação da pele com AGE, troca de roupa de cama e de fralda. Posicionado(a) em DLD com coxins e calcâneos flutuantes.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

Paciente colaborativo(a), refere conforto.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Hiperemia em calcâneos comunicada ao(à) enfermeiro(a) nome.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Use o banho para descrever a pele da cabeça aos pés.

ERRO COMUM

Escrever "banho realizado" e nada sobre a pele.

COMUNIQUE SE

Mancha que não some à pressão, bolha ou lesão nova.

Exemplo preenchido e fictício. Adapte ao seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

MODELO 019

BANHO DE ASPERSÃO COM AUXÍLIO

Banho no chuveiro em cadeira de banho

03 / HIGIENE E CONFORTO



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

Morse escala de risco de queda

REFERÊNCIA RÁPIDA

Prevenção de quedas (Morse, Bônus 2)

O — OBSERVADO

08h30 — Paciente deambula com auxílio, Morse alto risco.

F — FEITO

Encaminhado(a) ao banho de aspersão em cadeira de banho, com acompanhamento.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

Banho sem intercorrências; pele íntegra. Retornou ao leito às 08h50.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Grades elevadas e campainha ao alcance.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Registre o tipo de auxílio usado.

ERRO COMUM

Deixar paciente de risco sozinho no banheiro.

COMUNIQUE SE

Tontura, queda ou falta de ar durante o banho.

Exemplo preenchido e fictício. Adapte ao seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

MODELO 020

RECUSA DO BANHO

Paciente prefere adiar o banho, reoferecido à tarde

03 / HIGIENE E CONFORTO



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

AVD atividades da vida diária

REFERÊNCIA RÁPIDA

Guia do Prontuário (extra)

O — OBSERVADO

09h15 — Paciente recusa banho, referindo "estou com frio, quero tomar mais tarde".

F — FEITO

Orientado(a) sobre a importância da higiene; oferecida alternativa (higiene parcial).

R — RESPOSTA DO PACIENTE

Mantém a recusa. 14h00 — reoferecido: aceitou.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Comunicado(a) enfermeiro(a) nome às 09h20.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Recusa é registro: fala, orientação e nova tentativa.

ERRO COMUM

Não registrar a recusa e parecer que o cuidado foi esquecido.

COMUNIQUE SE

Recusas repetidas ou mudança de comportamento.

Exemplo preenchido e fictício. Adapte ao seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

MODELO 021

HIGIENE ORAL

Paciente com prótese dentária, mucosa sem lesões

03 / HIGIENE E CONFORTO



O OBSERVADO

09h30 — Paciente com prótese dentária superior.

F FEITO

Realizada higiene oral com escova e solução prescrita. Prótese retirada, higienizada e guardada no estojo identificado.

R RESPOSTA DO PACIENTE

Mucosa oral úmida, rosada, sem lesões.

C COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Sem pendências.

QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

HO higiene oral

REFERÊNCIA RÁPIDA

Checklist do plantão (Bônus 5)

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Registre onde ficou a prótese.

ERRO COMUM

Prótese perdida porque ninguém anotou onde foi guardada.

COMUNIQUE SE

Placas brancas, feridas ou sangramento na boca.

Exemplo preenchido e fictício. Adapte ao seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

MODELO 022

HIGIENE ÍNTIMA E TROCA DE FRALDA

Eliminações presentes, creme barreira aplicado

03 / HIGIENE E CONFORTO



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

AGE ácidos graxos essenciais · LPP

REFERÊNCIA RÁPIDA

Prevenção de lesões (Bônus 3)

O — OBSERVADO

13h00 — Eliminação intestinal pastosa em moderada quantidade e diurese amarelo-clara.

F — FEITO

Realizada higiene íntima e troca de fralda. Aplicado creme barreira conforme prescrição de enfermagem.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

Região perineal sem lesões.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Sem pendências.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Descreva cor, aspecto e quantidade das eliminações.

ERRO COMUM

Escrever "evacuou" sem descrever.

COMUNIQUE SE

Sangue nas fezes, diarreia repetida ou pele lesionada.

Exemplo preenchido e fictício. Adapte ao seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

MODELO 023

MUDANÇA DE DECÚBITO

Reposicionamento programado a cada 2 horas

03 / HIGIENE E CONFORTO



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

DLE · DD decúbito dorsal

REFERÊNCIA RÁPIDA

Braden (Bônus 2)

O — OBSERVADO

12h00 — Paciente em DD desde as 10h; pele de região sacral sem hiperemia.

F — FEITO

Mudança de decúbito para DLE com coxins em região dorsal e entre os joelhos; calcâneos flutuantes.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

Paciente confortável.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Próxima mudança às 14h00.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Anote o lado e o horário da próxima mudança.

ERRO COMUM

Repetir o mesmo lado em turnos seguidos.

COMUNIQUE SE

Hiperemia que não some ou dor ao posicionar.

Exemplo preenchido e fictício. Adapte ao seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

MODELO 024

LAVAGEM DO COURO CABELUDO NO LEITO

Higiene do cabelo em paciente restrito ao leito

03 / HIGIENE E CONFORTO



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

AVD atividades da vida diária · CVC (proteger)

REFERÊNCIA RÁPIDA

Checklist do plantão (Bônus 5)

O — OBSERVADO

10h00 — Paciente restrito ao leito há 5 dias.

F — FEITO

Realizada lavagem do couro cabeludo no leito, com proteção do colchão.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

Couro cabeludo sem lesões e sem pediculose; paciente refere bem-estar.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Sem pendências.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Registre o que observou no couro cabeludo.

ERRO COMUM

Molhar o curativo de acesso central durante o procedimento.

COMUNIQUE SE

Lesões, parasitas ou dor.

Exemplo preenchido e fictício. Adapte ao seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

MODELO 025

AVALIAÇÃO DE PELE E AUTOCUIDADO

Paciente dependente com lesão por pressão estágio 1

03 / HIGIENE E CONFORTO



QUEM REGISTRA

Evolução · enfermeiro

SIGLAS DESTE REGISTRO

LPP · Braden

REFERÊNCIA RÁPIDA

Braden (Bônus 2) · Estágios de LPP (Bônus 3)

S — SUBJETIVO

10h30 — Paciente refere desconforto em região sacral.

O — OBSERVADO

Dependente total para banho, higiene e alimentação. Hiperemia que não embranquece à digitopressão em região sacral, 3 x 2 cm. Braden 12.

A — AVALIAÇÃO

LPP estágio 1 em região sacral. Diagnósticos: déficit no autocuidado para banho; integridade da pele prejudicada.

P — PLANO

Mudança de decúbito 2/2 h, superfície de redistribuição de pressão, hidratação da pele, proteção de proeminências, avaliação diária da lesão.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Estágio, local e medida: os três sempre juntos.

ERRO COMUM

Classificar sem fazer o teste de digitopressão.

COMUNIQUE SE

Evolução para lesão aberta.

Exemplo preenchido e fictício. Adapte ao seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

MODELO 026

CONFORTO E SONO

Dificuldade para dormir, medidas de conforto

03 / HIGIENE E CONFORTO



O OBSERVADO

23h00 — Paciente refere dificuldade para dormir por barulho no corredor.

F FEITO

Reduzidas luz e ruído, oferecido cobertor, reposicionado(a) no leito.

R RESPOSTA DO PACIENTE

01h00 — dormindo.

C COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Sem pendências.

QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

SN se necessário (medicação)

REFERÊNCIA RÁPIDA

Avaliação da dor (Bônus 2)

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Registre a queixa e o que foi feito antes de qualquer medicação.

ERRO COMUM

Pedir medicação para dormir sem tentar medidas de conforto.

COMUNIQUE SE

Agitação, confusão ou dor que impede o sono.

Exemplo preenchido e fictício. Adapte ao seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

04

CAPÍTULO

MEDICAÇÃO E SOROTERAPIA



MODELOS 027, 028, 029, 030, 031, 032, 033, 034, 035, 036

MODELO 027

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÕES DO HORÁRIO

Medicações das 8h conferidas pelos certos

04 / MEDICAÇÃO E SOROTERAPIA



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

EV · SC · VO

REFERÊNCIA RÁPIDA

Cálculo de medicação (extra)

O — OBSERVADO

08h00 — Paciente em jejum? não; sem queixas.

F — FEITO

Administrados omeprazol 40 mg EV; enoxaparina 40 mg SC em abdome; losartana 50 mg VO conforme prescrição, após conferência de paciente, medicamento, dose, via e horário.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

Sem reações observadas.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Checado(s) no aprazamento.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Nome, dose, via, local e horário real.

ERRO COMUM

Checar antes de administrar.

COMUNIQUE SE

Dúvida na prescrição ou reação após a dose.

Exemplo preenchido e fictício. Adapte ao seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

MODELO 028

MEDICAÇÃO NÃO ADMINISTRADA

Paciente em jejum para exame

04 / MEDICAÇÃO E SOROTERAPIA



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

VO · NPO nada por via oral

REFERÊNCIA RÁPIDA

Guia do Prontuário (extra)

O — OBSERVADO

10h00 — Paciente em jejum para endoscopia.

F — FEITO

Não administrado metformina 850 mg VO por jejum.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

Paciente ciente da suspensão.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Comunicado(a) enfermeiro(a) nome; reaprazado para após o retorno, conforme orientação.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Dose não dada também é registro: o motivo é obrigatório.

ERRO COMUM

Deixar o horário em branco sem justificativa.

COMUNIQUE SE

Medicação crítica (insulina, anticoagulante, antibiótico) ficar sem dose.

Exemplo preenchido e fictício. Adapte ao seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

MODELO 029

RECUSA DE MEDICAÇÃO

Paciente recusa medicação por efeito colateral

04 / MEDICAÇÃO E SOROTERAPIA



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

VO

REFERÊNCIA RÁPIDA

Guia do Prontuário (extra)

O — OBSERVADO

14h00 — Paciente recusa haloperidol 5 mg VO, referindo "esse remédio me deixa tonto".

F — FEITO

Orientado(a) sobre a finalidade da medicação.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

Mantém a recusa.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Comunicados enfermeiro(a) nome e médico(a) nome às 14h10.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Fala do paciente entre aspas + quem foi comunicado.

ERRO COMUM

Insistir sem registrar a recusa.

COMUNIQUE SE

Sempre: recusa precisa de avaliação.

Exemplo preenchido e fictício. Adapte ao seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

MODELO 030

PUNÇÃO DE ACESSO VENOSO PERIFÉRICO

Primeira tentativa, cateter 22G no dorso da mão

04 / MEDICAÇÃO E SOROTERAPIA



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

AVP · MSE · 22G

REFERÊNCIA RÁPIDA

Cálculo de gotejamento (extra)

O — OBSERVADO

07h40 — Rede venosa visível em dorso da mão esquerda.

F — FEITO

Punção em MSE (dorso da mão) com cateter 22G, 1ª tentativa. Fixado com filme transparente identificado com data, hora e calibre. Instalado SF 0,9% 500 mL em bomba a 42 mL/h.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

Refluxo presente, sem dor ou edema.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Sem pendências.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Local, calibre, número de tentativas e fixação.

ERRO COMUM

Não identificar a data da punção.

COMUNIQUE SE

Dificuldade de acesso após 2 tentativas.

Exemplo preenchido e fictício. Adapte ao seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

MODELO 031

RETIRADA DE ACESSO POR SINAIS FLOGÍSTICOS

Hiperemia, edema e dor no local da punção

04 / MEDICAÇÃO E SOROTERAPIA



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

AVP · MSD · MSE

REFERÊNCIA RÁPIDA

Curativos e lesões (Bônus 3)

O — OBSERVADO

17h20 — Local de AVP em MSD com hiperemia, edema e dor local.

F — FEITO

Acesso retirado; local avaliado pelo(a) enfermeiro(a); cuidados conforme protocolo. Nova punção em MSE com cateter 20G.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

Paciente refere alívio da dor.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Comunicado(a) enfermeiro(a) nome às 17h25.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Descreva os sinais antes de retirar.

ERRO COMUM

Tratar infiltração, extravasamento e flebite como iguais.

COMUNIQUE SE

Medicamento irritante/vesicante infundindo no local.

Exemplo preenchido e fictício. Adapte ao seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

MODELO 032

FLEBITE: AVALIAÇÃO DO ENFERMEIRO

Flebite grau 2 com notificação de evento

04 / MEDICAÇÃO E SOROTERAPIA



QUEM REGISTRA

Evolução · enfermeiro

SIGLAS DESTE REGISTRO

MSD

REFERÊNCIA RÁPIDA

Guia do Prontuário (extra)

S — SUBJETIVO

17h40 — Paciente refere dor e ardência no braço direito.

O — OBSERVADO

Hiperemia em trajeto venoso de 4 cm, dor e edema leve em local de punção prévia em MSD.

A — AVALIAÇÃO

Flebite grau 2 conforme escala da instituição.

P — PLANO

Evento notificado conforme protocolo. Elevação do membro; cuidados locais conforme protocolo; reavaliar em 12 h.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Grau, extensão e conduta.

ERRO COMUM

Não notificar.

COMUNIQUE SE

Cordão palpável, febre ou secreção.

Exemplo preenchido e fictício. Adapte ao seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

MODELO 033

INSTALAÇÃO DE SOROTERAPIA

Soro com eletrólito em gotejamento calculado

04 / MEDICAÇÃO E SOROTERAPIA



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

SG soro glicosado · KCl cloreto de potássio · AVP

REFERÊNCIA RÁPIDA

Cálculo de gotejamento (extra)

O — OBSERVADO

12h00 — AVP em MSE pérvio.

F — FEITO

Instalado SG 5% 1.000 mL + KCl 19,1% 10 mL conforme prescrição, gotejamento de 14 gotas/min (24 h). Frasco identificado com nome, conteúdo, início e gotejamento.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

Infusão sem intercorrências.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Sem pendências.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Gotejamento e horário de início.

ERRO COMUM

Calcular o gotejamento e não registrar o tempo previsto.

COMUNIQUE SE

Infusão adiantada/atrasada ou dor no local.

Exemplo preenchido e fictício. Adapte ao seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

MODELO 034

HEMOTRANSFUSÃO

Concentrado de hemácias com dupla checagem

04 / MEDICAÇÃO E SOROTERAPIA



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

CH concentrado de hemácias · SSVV

REFERÊNCIA RÁPIDA

Checklist de hemotransfusão (Bônus 5)

O — OBSERVADO

15h00 — SSVV pré: PA 120x70 mmHg, FC 80 bpm, T 36,4 °C.

F — FEITO

Bolsa de CH nº 0000 conferida com enfermeiro(a) nome à beira do leito (dupla checagem). Iniciada às 15h05; permanência ao lado nos primeiros 15 min.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

Sem reações. Término às 17h00; SSVV pós: ….

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Registro na folha de hemotransfusão.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Número da bolsa e sinais vitais antes, durante e depois.

ERRO COMUM

Instalar sem dupla checagem.

COMUNIQUE SE

Febre, calafrios, falta de ar, dor lombar ou manchas.

Exemplo preenchido e fictício. Adapte ao seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

MODELO 035

REAÇÃO ADVERSA DURANTE A INFUSÃO

Prurido e placas na pele durante antibiótico

04 / MEDICAÇÃO E SOROTERAPIA



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

EV · SpO_2

REFERÊNCIA RÁPIDA

Sinais de alerta (Bônus 1)

O — OBSERVADO

20h30 — Durante infusão de ceftriaxona, paciente apresentou prurido e placas avermelhadas em tórax. Sem estridor ou edema de face.

F — FEITO

Infusão interrompida; acesso mantido pérvio conforme protocolo, sem reinfundir o medicamento. Tratamento conforme prescrição.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

20h45 — refere redução do prurido; PA 120x74 mmHg, SpO_2 98%.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Enfermeiro(a) nome e médico(a) nome acionados às 20h30.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Nome do medicamento e o que aconteceu, minuto a minuto.

ERRO COMUM

Continuar a infusão "mais devagar".

COMUNIQUE SE

Imediatamente: qualquer reação.

Exemplo preenchido e fictício. Adapte ao seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

MODELO 036

INSULINA E CONTROLE GLICÊMICO

Diabético com glicemias altas e aceitação parcial da dieta

04 / MEDICAÇÃO E SOROTERAPIA



QUEM REGISTRA

Evolução · enfermeiro

SIGLAS DESTE REGISTRO

HGT · UI · NPH

REFERÊNCIA RÁPIDA

Glicemia (Bônus 1)

S SUBJETIVO

18h00 — Paciente refere pouco apetite.

O OBSERVADO

Glicemias de 280, 310 e 260 mg/dL nas últimas 24 h, em uso de insulina NPH e regular conforme escala. Aceitação da dieta parcial. Sem sinais de hipoglicemia.

A AVALIAÇÃO

Diagnóstico: risco de glicemia instável.

P PLANO

Glicemia capilar 4x/dia, orientar dieta, comunicar valores fora dos limites prescritos.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Mostre a tendência das glicemias, não só o último valor.

ERRO COMUM

Ignorar aceitação da dieta ao avaliar a glicemia.

COMUNIQUE SE

Hipoglicemia ou valores persistentemente altos.

Exemplo preenchido e fictício. Adapte ao seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

05

CAPÍTULO

CURATIVOS E LESÕES



MODELOS 037, 038, 039, 040, 041, 042, 043, 044, 045

MODELO 037

CURATIVO DE FERIDA OPERATÓRIA

Ferida abdominal limpa e seca, pontos íntegros

05 / CURATIVOS E LESÕES



O OBSERVADO

09h30 — FO abdominal mediana com bordas coaptadas, sem secreção, sem hiperemia; pontos íntegros.

F FEITO

Curativo com técnica asséptica: limpeza com SF 0,9% e cobertura com gaze estéril. Identificado com data.

R RESPOSTA DO PACIENTE

Paciente refere dor 2/10 durante o procedimento.

C COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Sem pendências.

QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

FO ferida operatória · SF soro fisiológico

REFERÊNCIA RÁPIDA

Como descrever ferida (Bônus 3)

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Bordas, secreção, pele ao redor e cobertura usada.

ERRO COMUM

"Curativo feito" sem descrever a ferida.

COMUNIQUE SE

Secreção, abertura de pontos, hiperemia ou febre.

Exemplo preenchido e fictício. Adapte ao seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

MODELO 038

CURATIVO DE LESÃO POR PRESSÃO

LPP sacral com granulação, cobertura prescrita

05 / CURATIVOS E LESÕES



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

LPP · SF

REFERÊNCIA RÁPIDA

Coberturas (Bônus 3)

O OBSERVADO

10h00 — LPP em região sacral, leito com tecido de granulação, exsudato seroso em pequena quantidade, sem odor.

F FEITO

Curativo conforme prescrição de enfermagem: limpeza com SF 0,9% em jato, hidrogel e cobertura com espuma.

R RESPOSTA DO PACIENTE

Sem queixa de dor.

C COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Próxima troca: em 3 dias ou se saturar.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Aspecto do leito e do exsudato a cada troca.

ERRO COMUM

Trocar de cobertura por conta própria.

COMUNIQUE SE

Odor, secreção purulenta ou aumento da lesão.

Exemplo preenchido e fictício. Adapte ao seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

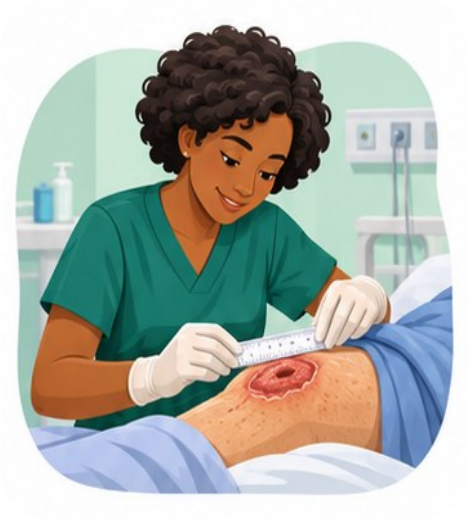
Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

MODELO 039

AVALIAÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO

LPP estágio 3 com redução de tamanho

05 / CURATIVOS E LESÕES



QUEM REGISTRA

Evolução · enfermeiro

SIGLAS DESTE REGISTRO

LPP

REFERÊNCIA RÁPIDA

Estágios e descrição de ferida (Bônus 3)

S SUBJETIVO

10h30 — Paciente refere dor 3/10 na troca.

O OBSERVADO

LPP em região sacral, estágio 3, 4 x 3 x 0,5 cm; leito 80% granulação e 20% esfacelo; bordas regulares; pele ao redor macerada; exsudato seroso moderado, sem odor.

A AVALIAÇÃO

Em cicatrização: redução de 1 cm no comprimento desde dd/mm.

P PLANO

Manter cobertura, troca a cada 3 dias ou se saturada; proteger pele ao redor; mudança de decúbito 2/2 h.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Compare com a medida anterior.

ERRO COMUM

Medir sem padronizar (comprimento x largura x profundidade).

COMUNIQUE SE

Necrose, odor ou aumento.

Exemplo preenchido e fictício. Adapte ao seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

MODELO 040

CURATIVO DE ÚLCERA VENOSA

Úlcera em perna com edema, enfaixamento compressivo

05 / CURATIVOS E LESÕES



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

MIE membro inferior esquerdo · SF

REFERÊNCIA RÁPIDA

Coberturas (Bônus 3)

O — OBSERVADO

11h00 — Úlcera em MIE (região maleolar medial); exsudato seroso moderado; edema +/4+.

F — FEITO

Limpeza com SF 0,9%, cobertura prescrita e enfaixamento compressivo conforme prescrição.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

Paciente tolerou bem; dedos aquecidos e corados após o enfaixamento.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Sem pendências.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Confira e registre a perfusão dos dedos após a compressão.

ERRO COMUM

Enfaixar apertado sem checar a circulação.

COMUNIQUE SE

Dedos frios, roxos ou dormentes.

Exemplo preenchido e fictício. Adapte ao seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

MODELO 041

RETIRADA DE PONTOS

Incisão cicatrizada no antebraço

05 / CURATIVOS E LESÕES



O OBSERVADO

14h00 — Incisão em antebraço direito cicatrizada, sem deiscência, sem secreção.

F FEITO

Retirados 10 pontos conforme prescrição. Aplicado curativo simples.

R RESPOSTA DO PACIENTE

Paciente refere leve desconforto.

C COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Sem pendências.

QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

FO ferida operatória

REFERÊNCIA RÁPIDA

Curativos (Bônus 3)

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Número de pontos retirados e aspecto da incisão.

ERRO COMUM

Não contar os pontos.

COMUNIQUE SE

Abertura da incisão ou secreção.

Exemplo preenchido e fictício. Adapte ao seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

MODELO 042

CURATIVO DE CATETER VENOSO CENTRAL

Inserção limpa, curativo transparente datado

05 / CURATIVOS E LESÕES



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

CVC cateter venoso central

REFERÊNCIA RÁPIDA

Prevenção de infecção (Bônus 5)

O — OBSERVADO

08h00 — Inserção de CVC em veia subclávia D sem hiperemia, sem secreção; lúmens pérvios.

F — FEITO

Curativo com clorexidina alcoólica e cobertura transparente, identificada com data, conforme protocolo.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

Sem intercorrências.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Próxima troca: conforme protocolo ou se úmido/descolado.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Data da troca e aspecto da inserção.

ERRO COMUM

Deixar curativo úmido ou descolado.

COMUNIQUE SE

Hiperemia, secreção ou febre.

Exemplo preenchido e fictício. Adapte ao seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

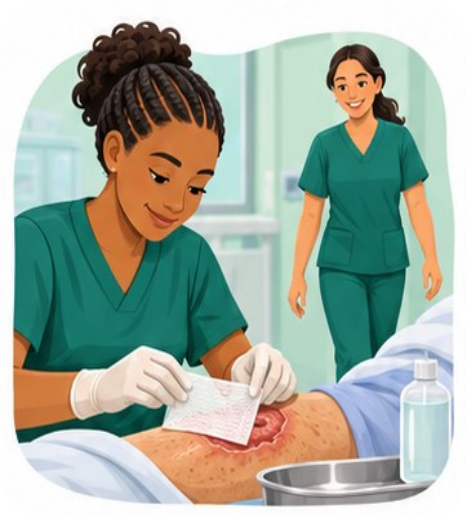
Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

MODELO 043

DEISCÊNCIA DE FERIDA

Abertura parcial da ferida operatória

05 / CURATIVOS E LESÕES



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

FO · SF

REFERÊNCIA RÁPIDA

Descrição de ferida (Bônus 3)

O — OBSERVADO

16h00 — Durante o curativo, observada abertura de 3 cm no terço inferior da FO, com saída de secreção serossanguinolenta.

F — FEITO

Coberta com gaze úmida com SF 0,9%; paciente mantido(a) em repouso.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

Paciente refere dor 4/10.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Enfermeiro(a) e médico(a) nome comunicados às 16h05.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Tamanho da abertura e aspecto do que sai.

ERRO COMUM

Tentar "fechar" com fita.

COMUNIQUE SE

Sempre, imediatamente.

Exemplo preenchido e fictício. Adapte ao seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

MODELO 044

LESÃO DE PELE POR ADESIVO

Lesão por fricção ao retirar fixação

05 / CURATIVOS E LESÕES



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

SF

REFERÊNCIA RÁPIDA

Prevenção (Bônus 3)

O — OBSERVADO

12h30 — Observada lesão por fricção de 2 cm em antebraço E após retirada de fixação.

F — FEITO

Limpeza com SF 0,9% e cobertura não aderente; trocada a fixação por fita hipoalergênica.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

Paciente refere ardência leve.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Comunicado(a) enfermeiro(a) nome; evento notificado conforme rotina.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Como aconteceu e o que foi trocado para prevenir.

ERRO COMUM

Omitir a lesão causada pelo cuidado.

COMUNIQUE SE

Pele frágil em vários pontos (risco alto).

Exemplo preenchido e fictício. Adapte ao seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

MODELO 045

PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO

Braden 11, plano de prevenção

05 / CURATIVOS E LESÕES



QUEM REGISTRA

Evolução · enfermeiro

SIGLAS DESTE REGISTRO

Braden · LPP

REFERÊNCIA RÁPIDA

Braden (Bônus 2)

S — SUBJETIVO

09h00 — Paciente não verbaliza; acompanhante relata que ele fica a maior parte do tempo de costas.

O — OBSERVADO

Braden 11; restrito ao leito, incontinente; pele íntegra com hiperemia que embranquece em calcâneos.

A — AVALIAÇÃO

Diagnóstico: risco de lesão por pressão (alto risco).

P — PLANO

Mudança de decúbito 2/2 h com relógio; calcâneos flutuantes; superfície de redistribuição; creme barreira; avaliação da pele a cada turno.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Ligue a pontuação de Braden às medidas.

ERRO COMUM

Calcular Braden e não mudar o cuidado.

COMUNIQUE SE

Hiperemia que deixa de embranquecer.

Exemplo preenchido e fictício. Adapte ao seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

06

CAPÍTULO

SONDAS, DRENOS E CATETERES



MODELOS 046, 047, 048, 049, 050, 051, 052, 053, 054

MODELO 046

PASSAGEM DE SONDA NASOENTERAL

SNE inserida, aguardando confirmação radiológica

06 / SONDAS, DRENOS E CATETERES



QUEM REGISTRA

Anotação · enfermeiro (procedimento do enfermeiro)

SIGLAS DESTE REGISTRO

SNE sonda nasoenteral · RX

REFERÊNCIA RÁPIDA

Guia do Prontuário (extra)

O — OBSERVADO

10h00 — Paciente colaborativo(a), indicação de SNE conforme prescrição.

F — FEITO

Inserida SNE nº 12 por narina D; marca externa em 95 cm registrada. Sonda identificada como não liberada para uso.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

Sem desconforto respiratório observado.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

RX solicitado; dieta, água e medicação só após confirmação documentada do posicionamento.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Calibre, narina, marca externa e "aguarda confirmação".

ERRO COMUM

Liberar dieta antes da confirmação.

COMUNIQUE SE

Tosse, cianose ou desconforto durante a passagem.

Exemplo preenchido e fictício. Adapte ao seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

MODELO 047

DIETA ENTERAL

Dieta em bomba com cabeceira elevada

06 / SONDAS, DRENOS E CATETERES



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

SNE · mL/h

REFERÊNCIA RÁPIDA

Checklist do plantão (Bônus 5)

O — OBSERVADO

12h00 — SNE fixada em 95 cm, posição confirmada em dd/mm.

F — FEITO

Instalada dieta nome/volume em bomba a 60 mL/h, cabeceira a 30–45°. Sonda lavada com 20 mL de água filtrada.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

Sem distensão abdominal, náusea ou vômito.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Sem pendências.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Marca da sonda antes de instalar.

ERRO COMUM

Deitar o paciente com a dieta correndo.

COMUNIQUE SE

Vômito, tosse durante a dieta ou sonda com marca diferente.

Exemplo preenchido e fictício. Adapte ao seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

MODELO 048

SONDA NASOGÁSTRICA ABERTA

Drenagem gástrica biliosa em frasco

06 / SONDAS, DRENOS E CATETERES



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

SNG sonda nasogástrica

REFERÊNCIA RÁPIDA

Balanço hídrico (cap. 2)

O OBSERVADO

18h00 — SNG aberta em frasco.

F FEITO

Drenagem de 300 mL de conteúdo bilioso nas últimas 6 h; frasco esvaziado e registrado no balanço.

R RESPOSTA DO PACIENTE

Fixação íntegra; paciente sem náusea.

C COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Sem pendências.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Volume, aspecto e período.

ERRO COMUM

Não somar no balanço hídrico.

COMUNIQUE SE

Conteúdo com sangue ou volume muito alto.

Exemplo preenchido e fictício. Adapte ao seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

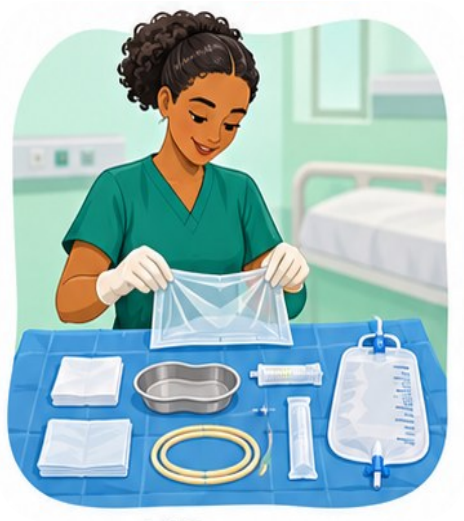
Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

MODELO 049

SONDAGEM VESICAL DE DEMORA

Sonda Foley com retorno imediato de diurese

06 / SONDAS, DRENOS E CATETERES



QUEM REGISTRA

Anotação · enfermeiro (procedimento do enfermeiro)

SIGLAS DESTE REGISTRO

SVD · AD água destilada

REFERÊNCIA RÁPIDA

Prevenção de infecção (Bônus 5)

O — OBSERVADO

09h00 — Retenção urinária, indicação conforme prescrição.

F — FEITO

Cateterismo vesical de demora com sonda Foley nº 14, técnica asséptica, balonete com 10 mL de AD. Fixada em face interna da coxa; bolsa abaixo do nível da bexiga.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

Retorno imediato de 400 mL de diurese amarelo-clara.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Sem intercorrências.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Calibre, volume do balonete e diurese inicial.

ERRO COMUM

Bolsa acima da bexiga ou encostada no chão.

COMUNIQUE SE

Sangramento, dor intensa ou ausência de retorno.

Exemplo preenchido e fictício. Adapte ao seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

MODELO 050

CUIDADOS COM SONDA VESICAL

Higiene do meato e controle de diurese

06 / SONDAS, DRENOS E CATETERES



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

SVD

REFERÊNCIA RÁPIDA

Prevenção de infecção (Bônus 5)

O — OBSERVADO

14h00 — SVD pérvia; diurese amarelo-clara.

F — FEITO

Higiene do meato uretral. Bolsa esvaziada: 600 mL no período.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

Sem queixas.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Sem pendências.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Volume esvaziado e aspecto da urina.

ERRO COMUM

Desconectar o sistema para esvaziar.

COMUNIQUE SE

Urina turva, com sangue, febre ou débito baixo.

Exemplo preenchido e fictício. Adapte ao seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

MODELO 051

DRENO: DÉBITO E ASPECTO

Dreno tubular com débito seroso

06 / SONDAS, DRENOS E CATETERES



O OBSERVADO

06h00 — Dreno tubular em flanco D; curativo seco.

F FEITO

Frasco esvaziado: 80 mL de conteúdo seroso nas últimas 12 h.

R RESPOSTA DO PACIENTE

Paciente sem dor no local.

C COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Valor lançado no balanço.

QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

BH balanço hídrico

REFERÊNCIA RÁPIDA

Balanço hídrico (cap. 2)

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Débito por período e aspecto.

ERRO COMUM

Esvaziar sem medir.

COMUNIQUE SE

Sangue vivo, aumento súbito ou dreno saindo.

Exemplo preenchido e fictício. Adapte ao seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

MODELO 052

OSTOMIA (TROCA DE BOLSA)

Colostomia com estoma saudável

06 / SONDAS, DRENOS E CATETERES



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

EF efluente

REFERÊNCIA RÁPIDA

Orientação de alta nº 9 (extra)

O — OBSERVADO

10h00 — Estoma rosado, úmido, sem sangramento; pele periestoma íntegra; efluente pastoso.

F — FEITO

Troca da bolsa de colostomia com placa recortada no tamanho do estoma.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

Paciente acompanhou e fez perguntas.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Iniciado ensino para autocuidado.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Cor do estoma e condição da pele ao redor.

ERRO COMUM

Recorte largo demais, que fere a pele.

COMUNIQUE SE

Estoma escuro, retraído ou sangrando.

Exemplo preenchido e fictício. Adapte ao seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

MODELO 053

SONDA TRACIONADA / EXTERIORIZADA

Paciente agitado retirou a sonda

06 / SONDAS, DRENOS E CATETERES



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

SNE

REFERÊNCIA RÁPIDA

Comportamento e segurança (cap. 11)

O — OBSERVADO

03h00 — SNE exteriorizada (paciente agitado tracionou).

F — FEITO

Dieta suspensa; bomba desligada.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

Paciente sem desconforto respiratório.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Enfermeiro(a) nome comunicado(a) às 03h02; aguarda repassagem.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Horário em que foi percebido e o que foi feito.

ERRO COMUM

Reintroduzir a sonda por conta própria.

COMUNIQUE SE

Sempre.

Exemplo preenchido e fictício. Adapte ao seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

MODELO 054

CATETERES E DISPOSITIVOS: AVALIAÇÃO DO ENFERMEIRO

Revisão diária da necessidade dos dispositivos

06 / SONDAS, DRENOS E CATETERES



QUEM REGISTRA

Evolução · enfermeiro

SIGLAS DESTE REGISTRO

SNE · SVD · CVC

REFERÊNCIA RÁPIDA

Prevenção de infecção (Bônus 5)

S — SUBJETIVO

08h30 — Paciente refere incômodo com a sonda vesical.

O — OBSERVADO

SNE (marca 95 cm, posição confirmada), SVD (5º dia) e CVC em VJID (4º dia); dispositivos pérvios, sem sinais de infecção.

A — AVALIAÇÃO

Diagnóstico: risco de infecção. SVD sem indicação clara de manutenção.

P — PLANO

Discutida retirada da SVD com equipe médica: programada para amanhã; manter cuidados de prevenção conforme protocolo.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Dia de uso de cada dispositivo.

ERRO COMUM

Manter dispositivo "por costume".

COMUNIQUE SE

Febre ou sinais de infecção no local.

Exemplo preenchido e fictício. Adapte ao seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

07

CAPÍTULO

PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO



MODELOS 055, 056, 057, 058, 059, 060, 061, 062

MODELO 055

PREPARO PRÉ-OPERATÓRIO

Jejum confirmado, termo assinado, encaminhado ao centro cirúrgico

07 / PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

CC centro cirúrgico · TCLE

REFERÊNCIA RÁPIDA

Checklist pré-operatório (Bônus 5)

O — OBSERVADO

05h30 — Jejum desde 22h; sem queixas.

F — FEITO

Banho realizado; retirados prótese dentária, adornos e esmalte; pulseira conferida; termo de consentimento assinado; lateralidade marcada. SSVV: ….

R — RESPOSTA DO PACIENTE

Paciente ansioso(a), orientado(a) sobre o procedimento.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Encaminhado(a) ao CC às 06h40, em maca, com prontuário e exames.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Horário de início do jejum e itens retirados.

ERRO COMUM

Esquecer prótese ou adorno.

COMUNIQUE SE

Jejum quebrado ou termo ausente.

Exemplo preenchido e fictício. Adapte ao seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

MODELO 056

RETORNO DO CENTRO CIRÚRGICO

Pós-operatório imediato de colecistectomia

07 / PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

CC · POI pós-operatório imediato · AVP

REFERÊNCIA RÁPIDA

Checklist de retorno do CC (Bônus 5)

O — OBSERVADO

12h10 — Retorno do CC após colecistectomia videolaparoscópica, sonolento(a), responsivo(a); dor 3/10.

F — FEITO

SSVV: PA 110x70 mmHg, FC 78 bpm, SpO_2 96% com O_2 a 2 L/min. Curativos secos. AVP em MSE com SF 0,9%. Posicionado(a) em decúbito dorsal, grades elevadas.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

Estável.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Prescrição pós-operatória checada.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Condição de chegada completa, incluindo dor.

ERRO COMUM

Não registrar a primeira diurese depois.

COMUNIQUE SE

Sangramento, dor intensa ou queda da saturação.

Exemplo preenchido e fictício. Adapte ao seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

MODELO 057

AVALIAÇÃO PÓS-OPERATÓRIA

1º dia de pós-operatório de hérnia

07 / PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO



QUEM REGISTRA

Evolução · enfermeiro

SIGLAS DESTE REGISTRO

PO

REFERÊNCIA RÁPIDA

Dor (Bônus 2)

S — SUBJETIVO

18h00 — Paciente refere dor 4/10 em incisão, controlada com analgesia.

O — OBSERVADO

1º PO de herniorrafia inguinal D; consciente, deambulou com auxílio; ferida limpa e seca; diurese espontânea às 16h; aceitou dieta líquida.

A — AVALIAÇÃO

Diagnósticos: dor aguda; risco de infecção do sítio cirúrgico.

P — PLANO

Estimular deambulação; avaliar dor 4/4 h; observar ferida.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Dia de PO e as eliminações.

ERRO COMUM

Não registrar a primeira deambulação.

COMUNIQUE SE

Febre, dor que não cede ou ferida alterada.

Exemplo preenchido e fictício. Adapte ao seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

MODELO 058

DOR PÓS-OPERATÓRIA

Dor intensa, analgesia e reavaliação

07 / PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

EV · EVA escala de dor

REFERÊNCIA RÁPIDA

Escalas de dor (Bônus 2)

O — OBSERVADO

20h00 — Paciente refere dor 7/10 em incisão cirúrgica.

F — FEITO

Administrado tramadol 100 mg EV às 20h05 conforme prescrição.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

21h00 — dor 3/10.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Sem pendências.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Dor antes e depois, com a escala.

ERRO COMUM

Não reavaliar.

COMUNIQUE SE

Dor que não melhora com a analgesia prescrita.

Exemplo preenchido e fictício. Adapte ao seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

MODELO 059

NÁUSEAS E VÔMITOS NO PÓS-OPERATÓRIO

Um episódio de vômito, antiemético conforme prescrição

07 / PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

EV

REFERÊNCIA RÁPIDA

Balanço hídrico (cap. 2)

O — OBSERVADO

13h30 — 1 episódio de vômito de conteúdo alimentar, cerca de 150 mL.

F — FEITO

Lateralizado(a); higiene oral; administrado ondansetrona 4 mg EV conforme prescrição.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

14h00 — sem novos episódios.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Enfermeiro(a) nome comunicado(a).

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Volume e aspecto do vômito.

ERRO COMUM

Esquecer de lançar no balanço.

COMUNIQUE SE

Vômitos repetidos ou com sangue.

Exemplo preenchido e fictício. Adapte ao seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

MODELO 060

PRIMEIRA DEAMBULAÇÃO

Levantou com tontura leve que passou sentado

07 / PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

DD decúbito dorsal · Morse

REFERÊNCIA RÁPIDA

Prevenção de quedas (Bônus 2)

O — OBSERVADO

16h00 — Liberado(a) para deambular.

F — FEITO

Sentado(a) à beira do leito por 1 min e auxiliado(a) a caminhar até o banheiro.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

Refere leve tontura ao levantar, que melhorou sentado(a). Retornou ao leito sem intercorrências.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Orientado(a) a chamar para levantar.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Quem acompanhou e a distância caminhada.

ERRO COMUM

Levantar direto do decúbito para o pé.

COMUNIQUE SE

Tontura que não passa ou desmaio.

Exemplo preenchido e fictício. Adapte ao seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

MODELO 061

SANGRAMENTO NO PÓS-OPERATÓRIO

Curativo com sangue vivo e taquicardia

07 / PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

PA · FC

REFERÊNCIA RÁPIDA

Sinais de alerta (Bônus 1)

O — OBSERVADO

02h00 — Curativo com sangue vivo, 50% saturado. PA 100x60 mmHg, FC 104 bpm.

F — FEITO

Reforço do curativo e compressão local.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

02h15 — sangramento diminuiu; PA 104x64 mmHg.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Enfermeiro(a) e médico(a) nome comunicados às 02h03.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Quanto do curativo estava saturado e em quanto tempo.

ERRO COMUM

Só trocar o curativo e não avisar.

COMUNIQUE SE

Sempre, imediatamente.

Exemplo preenchido e fictício. Adapte ao seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

MODELO 062

JEJUM PARA EXAME

Orientação e sinalização do jejum

07 / PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

NPO · VO

REFERÊNCIA RÁPIDA

Checklist pré-operatório (Bônus 5)

O — OBSERVADO

22h00 — Exame programado: endoscopia às 08h.

F — FEITO

Paciente orientado(a) sobre jejum a partir de 00h; placa de jejum afixada; medicações VO das 06h suspensas conforme orientação.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

Paciente refere ter entendido.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Passado no plantão.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Horário de início do jejum.

ERRO COMUM

Esquecer de avisar a copa.

COMUNIQUE SE

Paciente diabético em jejum (risco de hipoglicemia).

Exemplo preenchido e fictício. Adapte ao seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

08

CAPÍTULO

INTERCORRÊNCIAS



MODELOS 063, 064, 065, 066, 067, 068, 069, 070, 071, 072

MODELO 063

QUEDA DO LEITO

Encontrado no chão ao tentar ir ao banheiro sozinho

08 / INTERCORRÊNCIAS



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

SSVV · Morse

REFERÊNCIA RÁPIDA

Morse (Bônus 2) · Guia do Prontuário (extra)

O — OBSERVADO

04h15 — Paciente encontrado(a) no chão ao lado do leito, consciente, referindo que "tentou ir ao banheiro sozinho". Grades abaixadas. Dor em quadril E; escoriação em cotovelo E.

F — FEITO

SSVV: …. Colocado(a) no leito com auxílio de 2 colegas, sem mobilizar o membro doloroso.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

Paciente refere dor 5/10 no quadril.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Enfermeiro(a) nome e médico(a) nome comunicados às 04h18. Notificação de evento realizada.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Como foi encontrado, o que disse e lesões vistas.

ERRO COMUM

Escrever "caiu da cama" sem detalhes.

COMUNIQUE SE

Sempre: toda queda exige avaliação.

Exemplo preenchido e fictício. Adapte ao seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

MODELO 064

AVALIAÇÃO APÓS QUEDA

Avaliação neurológica e plano de prevenção

08 / INTERCORRÊNCIAS



QUEM REGISTRA

Evolução · enfermeiro

SIGLAS DESTE REGISTRO

GCS · Morse

REFERÊNCIA RÁPIDA

Glasgow e Morse (Bônus 2)

S — SUBJETIVO

04h40 — Paciente refere dor em quadril E; nega bater a cabeça.

O — OBSERVADO

GCS 15; pupilas isocóricas e fotorreagentes; dor à mobilização de quadril E, sem deformidade. Morse reavaliado: 65.

A — AVALIAÇÃO

Queda com trauma leve. Diagnóstico: risco de queda (alto).

P — PLANO

RX conforme solicitação médica; grades elevadas, campainha ao alcance, auxílio para ir ao banheiro; avaliação neurológica 2/2 h por 12 h.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Reavalie e atualize o Morse.

ERRO COMUM

Não planejar a prevenção da próxima queda.

COMUNIQUE SE

Alteração neurológica nas reavaliações.

Exemplo preenchido e fictício. Adapte ao seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

MODELO 065

HIPOGLICEMIA

Paciente sudoreico e confuso de madrugada

08 / INTERCORRÊNCIAS



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

HGT · EV

REFERÊNCIA RÁPIDA

Glicemia (Bônus 1)

O — OBSERVADO

05h30 — Paciente sudoreico(a), confuso(a). Glicemia capilar 48 mg/dL.

F — FEITO

Administrado glicose 50% 40 mL EV conforme protocolo/prescrição.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

05h45 — glicemia 126 mg/dL, paciente orientado(a).

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Enfermeiro(a) nome comunicado(a) às 05h31.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Valor antes e depois e o que foi feito.

ERRO COMUM

Esperar o horário da próxima glicemia para reavaliar.

COMUNIQUE SE

Sempre.

Exemplo preenchido e fictício. Adapte ao seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

MODELO 066

CONVULSÃO

Crise tônico-clônica de cerca de 2 minutos

08 / INTERCORRÊNCIAS



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

SpO_2 · O_2

REFERÊNCIA RÁPIDA

Sinais de alerta (Bônus 1)

O — OBSERVADO

13h10 — Crise convulsiva tônico-clônica com duração aproximada de 2 min.

F — FEITO

Lateralizado(a), cabeça protegida, objetos afastados, secreções aspiradas; O_2 a 3 L/min; medicação conforme prescrição.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

Após a crise: sonolento(a), SpO_2 92% → 96% com O_2.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Enfermeiro(a) e médico(a) comunicados às 13h10.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Duração, tipo de movimento e estado depois.

ERRO COMUM

Colocar objeto na boca do paciente.

COMUNIQUE SE

Sempre, imediatamente.

Exemplo preenchido e fictício. Adapte ao seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

MODELO 067

DOR TORÁCICA

Dor em aperto irradiando para o braço

08 / INTERCORRÊNCIAS



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

ECG · PA · SpO_2

REFERÊNCIA RÁPIDA

Sinais de alerta (Bônus 1)

O — OBSERVADO

09h20 — Dor em aperto no peito, irradiando para braço E, iniciada às 09h10, 8/10.

F — FEITO

PA 150x90 mmHg, FC 98 bpm, SpO_2 95%. ECG às 09h25. Repouso no leito.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

Dor mantida 7/10.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Enfermeiro(a) e médico(a) comunicados às 09h21.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Horário de início da dor.

ERRO COMUM

Atrasar o ECG.

COMUNIQUE SE

Sempre, imediatamente.

Exemplo preenchido e fictício. Adapte ao seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

MODELO 068

PIORA DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

Paciente antes orientado, agora só responde à dor

08 / INTERCORRÊNCIAS



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

GCS · HGT

REFERÊNCIA RÁPIDA

Glasgow (Bônus 2)

O — OBSERVADO

01h00 — Paciente sonolento(a), responde apenas a estímulo doloroso (antes orientado(a)).

F — FEITO

Glicemia 98 mg/dL. SSVV: ….

R — RESPOSTA DO PACIENTE

Sem melhora.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Enfermeiro(a) e médico(a) comunicados às 01h02.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Compare com o estado anterior.

ERRO COMUM

Achar que é só sono.

COMUNIQUE SE

Sempre.

Exemplo preenchido e fictício. Adapte ao seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

MODELO 069

PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA

Atendimento em código, registro da equipe

08 / INTERCORRÊNCIAS



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

PCR · RCP

REFERÊNCIA RÁPIDA

Guia do Prontuário (extra)

O — OBSERVADO

03h40 — Paciente encontrado(a) irresponsivo(a), sem respiração e sem pulso.

F — FEITO

Código acionado e compressões iniciadas às 03h40. Equipe: nomes. Medicações e procedimentos conforme registro da reanimação.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

Retorno da circulação espontânea às 03h58.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Família comunicada por nome às ….

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Horário de início, equipe e desfecho.

ERRO COMUM

Registrar tudo de memória horas depois.

COMUNIQUE SE

Registro completo da equipe logo após o atendimento.

Exemplo preenchido e fictício. Adapte ao seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

MODELO 070

DIARREIA

Três episódios de fezes líquidas no plantão

08 / INTERCORRÊNCIAS



O OBSERVADO

16h00 — 3 episódios de evacuação líquida, amarelada no plantão.

F FEITO

Higiene e troca; amostra coletada conforme prescrição; precauções conforme orientação do controle de infecção.

R RESPOSTA DO PACIENTE

Paciente refere cólica leve.

C COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Enfermeiro(a) nome comunicado(a).

QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

EPI equipamento de proteção individual

REFERÊNCIA RÁPIDA

Isolamento (cap. 11)

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Número de episódios e aspecto.

ERRO COMUM

Não pensar em hidratação e isolamento.

COMUNIQUE SE

Sangue, febre ou sinais de desidratação.

Exemplo preenchido e fictício. Adapte ao seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

MODELO 071

EPISTAXE

Sangramento nasal contido com compressão

08 / INTERCORRÊNCIAS



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

PA · FC

REFERÊNCIA RÁPIDA

Sinais de alerta (Bônus 1)

O — OBSERVADO

11h00 — Epistaxe em narina D.

F — FEITO

Sentado(a) com cabeça levemente inclinada para frente; compressão por 10 min e compressa fria.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

Sangramento cessou às 11h12.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Enfermeiro(a) nome comunicado(a).

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Duração e se usa anticoagulante.

ERRO COMUM

Inclinar a cabeça para trás.

COMUNIQUE SE

Sangramento que não para ou paciente anticoagulado.

Exemplo preenchido e fictício. Adapte ao seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

MODELO 072

INTERCORRÊNCIA: AVALIAÇÃO DO ENFERMEIRO

Dispneia súbita com melhora após conduta

08 / INTERCORRÊNCIAS



QUEM REGISTRA

Evolução · enfermeiro

SIGLAS DESTE REGISTRO

SpO_2 · FR · O_2

REFERÊNCIA RÁPIDA

Sinais de alerta (Bônus 1)

S — SUBJETIVO

23h30 — Paciente refere falta de ar súbita às 22h50.

O — OBSERVADO

SpO_2 86%, taquipneico, sibilos difusos; após conduta: SpO_2 95%, FR 20 irpm.

A — AVALIAÇÃO

Desconforto respiratório agudo em melhora.

P — PLANO

O_2 conforme prescrição; broncodilatador prescrito pelo médico às 22h55; SpO_2 contínua; reavaliar em 1 h.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Linha do tempo: início, conduta, resposta.

ERRO COMUM

Registrar só o desfecho.

COMUNIQUE SE

Nova piora.

Exemplo preenchido e fictício. Adapte ao seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

09

CAPÍTULO

CUIDADOS RESPIRATÓRIOS



MODELOS 073, 074, 075, 076, 077, 078, 079

MODELO 073

OXIGENOTERAPIA

Cateter nasal com umidificação

09 / CUIDADOS RESPIRATÓRIOS



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

CN cateter nasal · SpO_2 · O_2

REFERÊNCIA RÁPIDA

Saturação (Bônus 1)

O — OBSERVADO

08h00 — Paciente em O_2 por cateter nasal a 3 L/min; eupneico(a).

F — FEITO

Umidificador conferido; narinas avaliadas.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

SpO_2 95%, FR 20 irpm; narinas sem lesões.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Sem pendências.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Dispositivo, fluxo e saturação.

ERRO COMUM

Fluxo diferente do prescrito.

COMUNIQUE SE

Saturação abaixo do alvo.

Exemplo preenchido e fictício. Adapte ao seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

MODELO 074

ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS

Secreção espessa com melhora da saturação

09 / CUIDADOS RESPIRATÓRIOS



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

VAS vias aéreas superiores · TQT · SpO_2

REFERÊNCIA RÁPIDA

Checklist do plantão (Bônus 5)

O — OBSERVADO

10h30 — Roncos audíveis; SpO_2 90%.

F — FEITO

Aspiração de vias aéreas superiores, técnica asséptica.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

Secreção espessa, amarelada, moderada; SpO_2 após: 96%.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Sem pendências.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Via, aspecto, quantidade e saturação antes/depois.

ERRO COMUM

Aspirar sem necessidade, por rotina.

COMUNIQUE SE

Secreção com sangue ou piora após aspirar.

Exemplo preenchido e fictício. Adapte ao seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

MODELO 075

NEBULIZAÇÃO

Nebulização prescrita com melhora da falta de ar

09 / CUIDADOS RESPIRATÓRIOS



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

SF

REFERÊNCIA RÁPIDA

Sinais de alerta respiratórios (Bônus 1)

O OBSERVADO

14h00 — Paciente refere falta de ar leve.

F FEITO

Nebulização com SF 0,9% 5 mL + medicação prescrita por 10 min.

R RESPOSTA DO PACIENTE

Refere melhora; FR 20 irpm.

C COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Sem pendências.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

O que foi inalado e a resposta.

ERRO COMUM

Não registrar a resposta.

COMUNIQUE SE

Sem melhora ou taquicardia importante.

Exemplo preenchido e fictício. Adapte ao seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

MODELO 076

CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA

Troca de endocânula e curativo

09 / CUIDADOS RESPIRATÓRIOS



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

TQT

REFERÊNCIA RÁPIDA

Curativos (Bônus 3)

O — OBSERVADO

09h00 — Estoma sem hiperemia; secreção clara.

F — FEITO

Higiene da TQT, troca de endocânula e de curativo; cadarço trocado com 1 dedo de folga.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

Paciente tolerou bem; SpO_2 96%.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Sem pendências.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Aspecto do estoma e da secreção.

ERRO COMUM

Cadarço apertado ou frouxo demais.

COMUNIQUE SE

Sangramento ou dificuldade respiratória.

Exemplo preenchido e fictício. Adapte ao seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

MODELO 077

VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA

Paciente tolerando a máscara, pele protegida

09 / CUIDADOS RESPIRATÓRIOS



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

VNI · SpO_2 · FR

REFERÊNCIA RÁPIDA

Prevenção de lesão por dispositivo (Bônus 3)

O — OBSERVADO

22h00 — Em VNI com máscara facial conforme orientação da fisioterapia/prescrição.

F — FEITO

Pele da face protegida com placa em dorso nasal; fixação ajustada.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

Tolerando bem; SpO_2 94%, FR 22 irpm; pele sem lesões.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Sem pendências.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Tolerância e condição da pele da face.

ERRO COMUM

Esquecer a proteção da pele (lesão por dispositivo).

COMUNIQUE SE

Intolerância, vômito ou piora.

Exemplo preenchido e fictício. Adapte ao seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

MODELO 078

DESCONFORTO RESPIRATÓRIO

Tiragem e saturação baixa mesmo com oxigênio

09 / CUIDADOS RESPIRATÓRIOS



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

FR · SpO_2 · O_2

REFERÊNCIA RÁPIDA

Sinais de alerta (Bônus 1)

O — OBSERVADO

05h00 — Paciente refere falta de ar; FR 28 irpm, tiragem intercostal, SpO_2 89% com O_2 a 2 L/min.

F — FEITO

Cabeceira elevada a 45°.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

Sem melhora.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Enfermeiro(a) e médico(a) comunicados às 05h02.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Sinais de esforço respiratório observados.

ERRO COMUM

Aumentar o oxigênio sem orientação.

COMUNIQUE SE

Sempre.

Exemplo preenchido e fictício. Adapte ao seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

MODELO 079

PADRÃO RESPIRATÓRIO: AVALIAÇÃO DO ENFERMEIRO

Tosse produtiva e roncos em bases

09 / CUIDADOS RESPIRATÓRIOS



QUEM REGISTRA

Evolução · enfermeiro

SIGLAS DESTE REGISTRO

SpO_2 · O_2

REFERÊNCIA RÁPIDA

Saturação e alvo de O_2 (Bônus 1)

S SUBJETIVO

08h30 — Paciente refere tosse com catarro.

O OBSERVADO

Tosse produtiva, secreção esverdeada; ausculta com roncos em bases; SpO_2 93% com O_2 a 2 L/min.

A AVALIAÇÃO

Diagnóstico: desobstrução ineficaz das vias aéreas.

P PLANO

Estimular tosse e hidratação; aspiração se necessário; cabeceira 30–45°; desmame de O_2 conforme alvo prescrito.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Aspecto da secreção e ausculta.

ERRO COMUM

Plano sem metas de oxigenação.

COMUNIQUE SE

Piora da saturação ou febre.

Exemplo preenchido e fictício. Adapte ao seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

10

CAPÍTULO

MATERNIDADE E PEDIATRIA



MODELOS 080, 081, 082, 083, 084, 085, 086, 087

MODELO 080

ADMISSÃO DE PUÉRPERA

Pós-parto normal em alojamento conjunto

10 / MATERNIDADE E PEDIATRIA



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

PN parto normal · AC alojamento conjunto · RN

REFERÊNCIA RÁPIDA

Orientações de alta mãe e bebê (extra)

O OBSERVADO

10h00 — Puérpera recebida em AC, PN às 08h40, com RN em seio materno. Útero contraído, 1 dedo abaixo da cicatriz umbilical. Lóquios rubros em moderada quantidade. Períneo com episiorrafia íntegra.

F FEITO

SSVV: …. Orientada sobre amamentação e sinais de alerta.

R RESPOSTA DO PACIENTE

Deambulando com auxílio.

C COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Sem pendências.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Útero, lóquios e períneo.

ERRO COMUM

Não descrever a quantidade dos lóquios.

COMUNIQUE SE

Sangramento aumentado, útero amolecido ou febre.

Exemplo preenchido e fictício. Adapte ao seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

MODELO 081

PÓS-PARTO CESÁREA

1º dia de pós-operatório, amamentando bem

10 / MATERNIDADE E PEDIATRIA



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

PO · SVD

REFERÊNCIA RÁPIDA

Orientação de alta nº 20 (extra)

O — OBSERVADO

16h00 — 1º PO de cesárea; dor 4/10 em incisão; curativo seco; lóquios rubros moderados.

F — FEITO

SVD retirada às 14h conforme prescrição.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

Diurese espontânea às 15h40; amamentação com boa pega.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Sem pendências.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Primeira diurese após retirar a sonda.

ERRO COMUM

Não registrar a dor.

COMUNIQUE SE

Sangramento, febre ou retenção urinária.

Exemplo preenchido e fictício. Adapte ao seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

MODELO 082

AVALIAÇÃO DA PUÉRPERA

Amamentação eficaz e involução uterina adequada

10 / MATERNIDADE E PEDIATRIA



QUEM REGISTRA

Evolução · enfermeiro

SIGLAS DESTE REGISTRO

AC alojamento conjunto · PN parto normal

REFERÊNCIA RÁPIDA

Orientações de alta mãe e bebê (extra)

S SUBJETIVO

09h00 — Puérpera refere estar confiante para amamentar.

O OBSERVADO

1º dia pós-parto normal; mamas flácidas, mamilos íntegros; amamentação em livre demanda, pega adequada; útero contraído; lóquios rubros em pequena quantidade, sem odor; eliminações presentes.

A AVALIAÇÃO

Diagnósticos: amamentação eficaz; risco de infecção.

P PLANO

Orientações sobre amamentação, sinais de alerta e cuidados com o períneo.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Mamilos e pega, além do útero e lóquios.

ERRO COMUM

Avaliar só o bebê ou só a mãe.

COMUNIQUE SE

Fissuras, mastite ou tristeza intensa.

Exemplo preenchido e fictício. Adapte ao seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

MODELO 083

CUIDADOS COM O RECÉM-NASCIDO

RN ativo, coto seco, sugando bem

10 / MATERNIDADE E PEDIATRIA



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

RN · T · FC · FR

REFERÊNCIA RÁPIDA

Valores na criança (Bônus 1)

O — OBSERVADO

08h00 — RN ativo, corado, choro forte. T 36,8 °C, FC 140 bpm, FR 44 irpm.

F — FEITO

Higiene do coto umbilical com álcool 70% conforme rotina.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

Coto seco, sem secreção; diurese e mecônio presentes; sugando bem ao seio.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Sem pendências.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Eliminações e alimentação.

ERRO COMUM

Esquecer de registrar as eliminações.

COMUNIQUE SE

Gemência, hipotermia ou recusa de mamar.

Exemplo preenchido e fictício. Adapte ao seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

MODELO 084

ICTERÍCIA NEONATAL

Pele amarelada até o tórax

10 / MATERNIDADE E PEDIATRIA



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

RN · BT bilirrubina total

REFERÊNCIA RÁPIDA

Orientação de alta nº 40 (extra)

O — OBSERVADO

12h00 — Icterícia até a região do tórax no RN.

F — FEITO

Coletada BT conforme prescrição.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

RN ativo, sugando bem.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Enfermeiro(a) e pediatra comunicados às 12h05.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Até onde vai o amarelo (rosto, tórax, abdome, pernas).

ERRO COMUM

Escrever "ictérico" sem extensão.

COMUNIQUE SE

Icterícia nas primeiras 24 h ou avançando para pernas.

Exemplo preenchido e fictício. Adapte ao seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

MODELO 085

CRIANÇA INTERNADA: ROTINA

Criança ativa com a mãe, boa aceitação

10 / MATERNIDADE E PEDIATRIA



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

T · FC

REFERÊNCIA RÁPIDA

Valores na criança (Bônus 1)

O OBSERVADO

14h00 — Criança ativa, brincando, acompanhada pela mãe. T 36,7 °C, FC 110 bpm.

F FEITO

Grades elevadas; orientações de segurança à mãe.

R RESPOSTA DO PACIENTE

Aceitou o almoço todo; diurese em fralda, 3 trocas.

C COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Sem pendências.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Aceitação e eliminações.

ERRO COMUM

Grade abaixada com criança no leito.

COMUNIQUE SE

Prostração, recusa alimentar ou febre.

Exemplo preenchido e fictício. Adapte ao seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

MODELO 086

FEBRE EM CRIANÇA

Antitérmico por peso e reavaliação

10 / MATERNIDADE E PEDIATRIA



O OBSERVADO

21h00 — Criança com T 38,7 °C, chorosa.

F FEITO

Administrado paracetamol 150 mg VO conforme prescrição às 21h05; mãe orientada sobre roupas leves.

R RESPOSTA DO PACIENTE

22h00 — T 37,3 °C.

C COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Enfermeiro(a) nome comunicado(a).

QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

T · VO

REFERÊNCIA RÁPIDA

Dose por peso (extra Cálculo)

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Peso usado na dose prescrita.

ERRO COMUM

Dose diferente da prescrição.

COMUNIQUE SE

Convulsão, manchas na pele ou gemência.

Exemplo preenchido e fictício. Adapte ao seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

MODELO 087

CRIANÇA: AVALIAÇÃO DO ENFERMEIRO

Bronquiolite em melhora

10 / MATERNIDADE E PEDIATRIA



QUEM REGISTRA

Evolução · enfermeiro

SIGLAS DESTE REGISTRO

FR · SpO_2

REFERÊNCIA RÁPIDA

Valores na criança (Bônus 1)

S SUBJETIVO

10h00 — Mãe relata que a criança mamou melhor à noite.

O OBSERVADO

3 anos, 2º dia por bronquiolite; ativa, aceitando líquidos; FR 36 irpm, SpO_2 95% em ar ambiente, sem tiragem; diurese adequada.

A AVALIAÇÃO

Diagnóstico: padrão respiratório ineficaz em melhora.

P PLANO

SSVV 4/4 h; lavagem nasal antes das mamadas; orientar a mãe sobre sinais de piora.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Use os valores de referência da idade.

ERRO COMUM

Comparar com valores de adulto.

COMUNIQUE SE

Tiragem, gemência ou queda da saturação.

Exemplo preenchido e fictício. Adapte ao seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

11

CAPÍTULO

COMPORTAMENTO E SEGURANÇA



MODELOS 088, 089, 090, 091, 092, 093, 094

MODELO 088

AGITAÇÃO PSICOMOTORA

Paciente desorientado tentando sair do leito

11 / COMPORTAMENTO E SEGURANÇA



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

MMSS membros superiores

REFERÊNCIA RÁPIDA

Comportamento (cap. 11)

O OBSERVADO

02h00 — Paciente agitado(a), tentando sair do leito e retirar o acesso, desorientado(a) no tempo.

F FEITO

Abordagem verbal calma, reorientação, ambiente com pouca luz e ruído; grades elevadas.

R RESPOSTA DO PACIENTE

Acalmou parcialmente.

C COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Enfermeiro(a) nome e médico(a) nome comunicados às 02h05.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Descreva o comportamento, não rotule.

ERRO COMUM

"Paciente agressivo" sem descrever o que aconteceu.

COMUNIQUE SE

Risco para si ou para outros.

Exemplo preenchido e fictício. Adapte ao seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

MODELO 089

CONTENÇÃO MECÂNICA

Último recurso, com prescrição e reavaliações

11 / COMPORTAMENTO E SEGURANÇA



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

MMSS membros superiores · PM prescrição médica

REFERÊNCIA RÁPIDA

Guia do Prontuário (extra)

O — OBSERVADO

02h30 — Após medidas de desescalada sem êxito, risco imediato de dano: paciente tenta arrancar dispositivo essencial.

F — FEITO

Contenção em MMSS conforme prescrição e protocolo, sob supervisão de enfermeiro(a) nome; registrados tipo, segmentos, início e motivo.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

Reavaliações a cada 1 h: 03h30 — perfusão preservada, pele íntegra, mantida.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Retirada assim que cessar a indicação: 06h00.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Motivo, prescrição, segmentos e cada reavaliação com horário.

ERRO COMUM

Conter sem prescrição ou sem reavaliar.

COMUNIQUE SE

Alteração de perfusão ou da respiração.

Exemplo preenchido e fictício. Adapte ao seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

MODELO 090

CONFUSÃO AGUDA (DELIRIUM)

Idoso com piora no fim da tarde

11 / COMPORTAMENTO E SEGURANÇA



QUEM REGISTRA

Evolução · enfermeiro

SIGLAS DESTE REGISTRO

GCS · SN

REFERÊNCIA RÁPIDA

Glasgow (Bônus 2)

S SUBJETIVO

08h00 — Acompanhante relata que à noite ele não reconhece o quarto.

O OBSERVADO

Flutuação da atenção e desorientação após 18h; dia orientado.

A AVALIAÇÃO

Diagnóstico: confusão aguda.

P PLANO

Manter acompanhante; relógio e calendário visíveis; luz natural de dia; evitar contenção; comunicar médico para revisão de medicamentos.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Horário em que a confusão aparece.

ERRO COMUM

Tratar como "teimosia".

COMUNIQUE SE

Agitação com risco ou piora súbita.

Exemplo preenchido e fictício. Adapte ao seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

MODELO 091

RISCO DE AUTOAGRESSÃO: OBSERVAÇÃO

Observação contínua e ambiente seguro

11 / COMPORTAMENTO E SEGURANÇA



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

CAPS (rede de apoio)

REFERÊNCIA RÁPIDA

Guia do Prontuário: falas entre aspas (extra)

O — OBSERVADO

15h00 — Paciente calmo(a), conversando com acompanhante. Às 14h50 relatou: "…".

F — FEITO

Observação contínua conforme orientação; retirados do quarto objetos cortantes e cordões.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

Sem comportamentos de risco observados.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Enfermeiro(a) nome comunicado(a) sobre a fala às 14h55.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

A fala exata do paciente entre aspas.

ERRO COMUM

Interpretar em vez de registrar a fala.

COMUNIQUE SE

Imediatamente, qualquer fala ou ato de risco.

Exemplo preenchido e fictício. Adapte ao seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

MODELO 092

EVASÃO

Paciente não encontrado no setor

11 / COMPORTAMENTO E SEGURANÇA



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

AVP

REFERÊNCIA RÁPIDA

Guia do Prontuário (extra)

O — OBSERVADO

17h40 — Paciente não encontrado(a) no leito nem nas dependências do setor; visto(a) pela última vez às 17h00.

F — FEITO

Busca no setor; AVP havia sido retirado? sim/não.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

Busca sem sucesso até 17h50.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Enfermeiro(a), segurança e médico(a) comunicados às 17h42.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Último horário em que foi visto.

ERRO COMUM

Demorar a comunicar.

COMUNIQUE SE

Imediatamente.

Exemplo preenchido e fictício. Adapte ao seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

MODELO 093

ACOMPANHANTE EM CONFLITO

Questionamento em tom elevado sobre a medicação

11 / COMPORTAMENTO E SEGURANÇA



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

PM prescrição médica

REFERÊNCIA RÁPIDA

Guia do Prontuário (extra)

O OBSERVADO

20h00 — Acompanhante (filha) questionou horário da medicação em tom elevado.

F FEITO

Orientações sobre a prescrição e a rotina.

R RESPOSTA DO PACIENTE

Acompanhante mais calma após explicação.

C COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Enfermeiro(a) nome conversou com a acompanhante às 20h15.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Fatos e falas, sem adjetivos.

ERRO COMUM

Registrar opinião sobre a família.

COMUNIQUE SE

Ameaças ou risco à equipe ou ao paciente.

Exemplo preenchido e fictício. Adapte ao seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

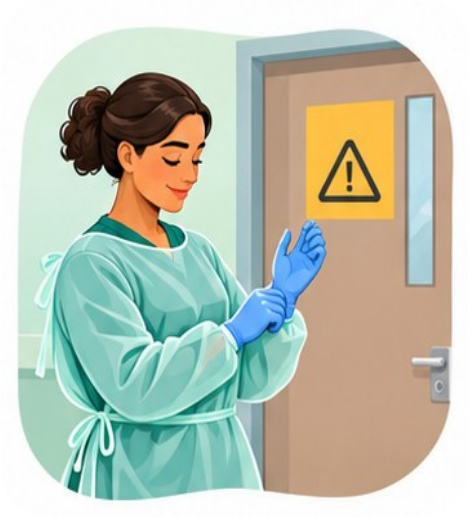
Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

MODELO 094

ISOLAMENTO DE CONTATO

Precaução de contato sinalizada

11 / COMPORTAMENTO E SEGURANÇA



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

EPI

REFERÊNCIA RÁPIDA

Siglas (Bônus 4)

O — OBSERVADO

08h00 — Paciente em precaução de contato conforme sinalização.

F — FEITO

Usados avental e luvas em todos os cuidados; materiais de uso exclusivo no quarto.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

Acompanhante orientado(a) sobre higiene das mãos.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Sem pendências.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Tipo de precaução e orientações dadas.

ERRO COMUM

Entrar sem EPI "só para falar rapidinho".

COMUNIQUE SE

Falta de EPI ou de sinalização.

Exemplo preenchido e fictício. Adapte ao seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

12

CAPÍTULO

SITUAÇÕES ESPECIAIS



MODELOS 095, 096, 097, 098, 099, 100

MODELO 095

ÓBITO

Constatação, família e preparo do corpo

12 / SITUAÇÕES ESPECIAIS



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

DO declaração de óbito

REFERÊNCIA RÁPIDA

Checklist de óbito (Bônus 5)

O — OBSERVADO

04h30 — Paciente evoluiu com ausência de pulso e respiração.

F — FEITO

Óbito constatado pelo(a) médico(a) nome às 04h35. Preparo do corpo conforme rotina: dispositivos retirados conforme protocolo, higiene, identificação.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

Pertences entregues a nome.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Família (filha nome) comunicada pelo(a) médico(a) às 04h50. Corpo encaminhado ao necrotério às 06h00.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Quem constatou e a que horas.

ERRO COMUM

Esquecer de registrar os pertences.

COMUNIQUE SE

Pertences sem destinatário ou família não localizada.

Exemplo preenchido e fictício. Adapte ao seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

MODELO 096

ÓBITO: REGISTRO DO ENFERMEIRO

Paciente em cuidados paliativos, família acolhida

12 / SITUAÇÕES ESPECIAIS



QUEM REGISTRA

Evolução · enfermeiro

SIGLAS DESTE REGISTRO

DO declaração de óbito

REFERÊNCIA RÁPIDA

Checklist de óbito (Bônus 5)

S — SUBJETIVO

05h00 — Família presente refere que ele estava tranquilo.

O — OBSERVADO

Paciente em cuidados paliativos, evoluiu com bradicardia e apneia às 04h25; óbito constatado pelo(a) médico(a) às 04h35.

A — AVALIAÇÃO

Óbito esperado em cuidados de conforto.

P — PLANO

Família acolhida; cuidados pós-morte realizados; documentos conferidos.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Acolhimento oferecido à família.

ERRO COMUM

Registro só técnico, sem o cuidado com a família.

COMUNIQUE SE

Família sem suporte ou com pedido de apoio religioso/psicológico.

Exemplo preenchido e fictício. Adapte ao seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

MODELO 097

RECUSA DE PROCEDIMENTO

Recusa de coleta de exames

12 / SITUAÇÕES ESPECIAIS



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

TCLE termo de consentimento

REFERÊNCIA RÁPIDA

Guia do Prontuário (extra)

O — OBSERVADO

11h00 — Paciente recusa coleta de exames, referindo "já furaram demais hoje".

F — FEITO

Orientado(a) sobre a finalidade.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

Mantém a recusa.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Enfermeiro(a) e médico(a) comunicados às 11h05.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Fala, orientação e comunicação.

ERRO COMUM

Não registrar e o exame "sumir".

COMUNIQUE SE

Sempre.

Exemplo preenchido e fictício. Adapte ao seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

MODELO 098

CUIDADOS PALIATIVOS: CONFORTO

Higiene oral e reposicionamento para conforto

12 / SITUAÇÕES ESPECIAIS



O OBSERVADO

22h00 — Paciente sonolento(a), respiração tranquila; família presente.

F FEITO

Higiene oral com gaze umedecida, hidratação labial e mudança de decúbito para conforto.

R RESPOSTA DO PACIENTE

Sem sinais de dor ou desconforto observados.

C COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Sem pendências.

QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

CP cuidados paliativos

REFERÊNCIA RÁPIDA

Avaliação da dor em quem não fala (Bônus 2)

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Sinais de conforto ou desconforto observados.

ERRO COMUM

Esquecer a avaliação da dor em quem não fala.

COMUNIQUE SE

Sinais de dor, falta de ar ou agitação.

Exemplo preenchido e fictício. Adapte ao seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

MODELO 099

PASSAGEM DE PLANTÃO

Pendências de 5 pacientes passadas com nome e horário

12 / SITUAÇÕES ESPECIAIS



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

SBAR

REFERÊNCIA RÁPIDA

Passagem de plantão SBAR (Bônus 5)

O OBSERVADO

07h00 — Fim do plantão com 5 pacientes sob cuidado.

F FEITO

Plantão passado a técnico(a) nome.

R RESPOSTA DO PACIENTE

Pendências: leito 3 — RX às 9h; leito 5 — glicemia das 8h; leito 7 — aguarda vaga de UTI.

C COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Dúvidas esclarecidas à beira do leito.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Nome de quem recebeu e as pendências.

ERRO COMUM

"Plantão passado" sem pendências.

COMUNIQUE SE

Pendência crítica sem responsável definido.

Exemplo preenchido e fictício. Adapte ao seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

MODELO 100

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM DIÁRIA COMPLETA

Insuficiência cardíaca no 3º dia de internação

12 / SITUAÇÕES ESPECIAIS



QUEM REGISTRA

Evolução · enfermeiro

SIGLAS DESTE REGISTRO

DIH dia de internação · ICC · MMII

REFERÊNCIA RÁPIDA

Escalas (Bônus 2)

S — SUBJETIVO

08h00 — Paciente refere menos falta de ar que ontem; sem evacuar há 2 dias.

O — OBSERVADO

3º DIH por ICC descompensada. GCS 15; eupneico em O_2 a 2 L/min, SpO_2 95%; ausculta com estertores em bases; PA 130x80 mmHg, FC 82 bpm, T 36,3 °C; edema +2/4+ em MMII; dieta hipossódica com boa aceitação; diurese 1.800 mL/24 h. Braden 14, Morse 50.

A — AVALIAÇÃO

Diagnósticos: volume de líquidos excessivo; constipação; risco de queda.

P — PLANO

Peso diário em jejum; balanço hídrico; restrição hídrica conforme prescrição; deambulação assistida; comunicar médico sobre constipação.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Exame por sistemas, escalas, diagnósticos e plano.

ERRO COMUM

Copiar a evolução de ontem.

COMUNIQUE SE

Ganho de peso rápido ou piora respiratória.

Exemplo preenchido e fictício. Adapte ao seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

EDITÁVEL 101

ADMISSÃO DO PACIENTE NA UNIDADE DE INTERNAÇÃO

Adulto vindo do pronto-socorro, consciente, com acesso venoso salinizado

01 / ADMISSÃO, TRANSFERÊNCIA E ALTA



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

SSVV sinais vitais · AVP acesso venoso periférico · MSE membro superior esquerdo · SpO_2 saturação de O_2

REFERÊNCIA RÁPIDA

Escalas de admissão: Braden e Morse (Bônus 2)

O — OBSERVADO

_____ — Paciente admitido(a) na _____, leito _____, procedente do _____, em _____, acompanhado(a) por _____. Consciente, orientado(a), _____. Refere _____.

F — FEITO

SSVV: PA _____ mmHg, FC _____ bpm, FR _____ irpm, T _____ °C, SpO_2 _____% em ar ambiente. AVP em _____, _____, sem sinais flogísticos. Pulseira de identificação conferida com nome completo e data de nascimento. Pertences entregues a _____. Orientado(a) sobre rotinas e campainha.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

Paciente _____, refere ter entendido as orientações. Grades _____, campainha ao alcance.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Comunicado(a) enfermeiro(a) _____ às _____ para avaliação de admissão. Pendente: _____.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Registre a procedência, o meio de transporte e quem acompanhou.

ERRO COMUM

Escrever "admitido em BEG" sem dizer o que foi avaliado.

COMUNIQUE SE

Sinal vital alterado, dor intensa, alergia relatada ou pulseira com dado divergente.

Modelo editável. Preencha com os dados reais do seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

EDITÁVEL 102

ADMISSÃO: AVALIAÇÃO INICIAL DO ENFERMEIRO

Idoso com pneumonia, hipertenso e diabético, risco de queda

01 / ADMISSÃO, TRANSFERÊNCIA E ALTA



QUEM REGISTRA

Evolução · enfermeiro

SIGLAS DESTE REGISTRO

HAS hipertensão · DM2 diabetes tipo 2 · GCS escala de Glasgow

REFERÊNCIA RÁPIDA

Braden e Morse (Bônus 2) · Processo de Enfermagem

S SUBJETIVO

_____ — Paciente _____, internado por _____. Refere _____. Antecedentes: _____. Alergias: _____.

O OBSERVADO

_____; _____; _____; abdome _____; eliminações _____. Pele _____. Braden _____, Morse _____.

A AVALIAÇÃO

Diagnósticos de enfermagem: _____; _____; _____.

P PLANO

_____. Orientados paciente e acompanhante.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Feche cada diagnóstico com uma intervenção no plano.

ERRO COMUM

Esquecer de registrar a alergia perguntada (mesmo quando "nega").

COMUNIQUE SE

SpO_2 abaixo do alvo, confusão nova ou glicemia fora da faixa prescrita.

Modelo editável. Preencha com os dados reais do seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

EDITÁVEL 103

ADMISSÃO DE PACIENTE ACAMADO

Idoso acamado vindo de casa, com lesão por pressão em região sacral

01 / ADMISSÃO, TRANSFERÊNCIA E ALTA



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

DLE decúbito lateral esquerdo · LPP lesão por pressão · SAMU

REFERÊNCIA RÁPIDA

Estágios de LPP (Bônus 3) · Braden (Bônus 2)

O — OBSERVADO

_____ — Admitido(a) no leito _____, em maca, procedente de _____. Acamado(a), _____. Em uso de fralda. Pele com _____.

F — FEITO

SSVV: PA _____ mmHg, FC _____ bpm, FR _____ irpm, T _____ °C, SpO_2 _____%. Realizada mudança de decúbito para _____ com coxins e calcâneos flutuantes. Instalada superfície de redistribuição de pressão definida pelo(a) enfermeiro(a).

R — RESPOSTA DO PACIENTE

Paciente _____ após o posicionamento.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Comunicado(a) enfermeiro(a) _____ às _____ sobre a lesão em região sacral para avaliação e prescrição do cuidado.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Descreva a pele na chegada: protege a equipe e o paciente.

ERRO COMUM

Registrar "escara" ou "ferida" sem local, tamanho e aspecto.

COMUNIQUE SE

Lesão aberta, sinais de infecção ou piora da respiração.

Modelo editável. Preencha com os dados reais do seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

EDITÁVEL 104

TRANSFERÊNCIA PARA OUTRO SETOR

Paciente com piora respiratória transferido para a UTI

01 / ADMISSÃO, TRANSFERÊNCIA E ALTA



O — OBSERVADO

_____ — Paciente _____, em O_2 por _____. Antes da saída: PA _____ mmHg, FC _____ bpm, SpO_2 _____%.

F — FEITO

Transferido(a) para _____, leito _____, em _____. Levados prontuário, exames e _____. Acompanhado(a) por _____.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

Transporte _____; chegada ao setor às _____.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Plantão passado a _____ às _____.

QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

UTI · O_2 oxigênio · L/min litros por minuto

REFERÊNCIA RÁPIDA

Checklist de transferência (Bônus 5)

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Anote o horário de saída e quem recebeu o paciente.

ERRO COMUM

Transferir sem registrar os sinais vitais de saída.

COMUNIQUE SE

Queda da saturação ou instabilidade durante o transporte.

Modelo editável. Preencha com os dados reais do seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

EDITÁVEL 105

RECEBIMENTO DE PACIENTE TRANSFERIDO

Paciente vindo da enfermaria com acesso venoso e sonda vesical

01 / ADMISSÃO, TRANSFERÊNCIA E ALTA



O OBSERVADO

____ — Recebido(a) da _____, leito ____, em ____, _____. Dispositivos: _____.

F FEITO

SSVV: PA ____ mmHg, FC ____ bpm, FR ____ irpm, T ____ °C, SpO_2 ____%. Conferidos prontuário, pulseira e medicações em uso.

R RESPOSTA DO PACIENTE

Paciente _____.

C COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Recebido plantão de ____; pendências: _____.

QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

AVP · MSD membro superior direito · SVD sonda vesical de demora

REFERÊNCIA RÁPIDA

Passagem de plantão SBAR (Bônus 5)

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Liste os dispositivos com local e data de inserção.

ERRO COMUM

Assumir que o setor de origem conferiu tudo.

COMUNIQUE SE

Divergência na identificação, nas medicações ou nos dispositivos.

Modelo editável. Preencha com os dados reais do seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

EDITÁVEL 106

ALTA HOSPITALAR

Alta com retirada de acesso e orientações para casa

01 / ADMISSÃO, TRANSFERÊNCIA E ALTA



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

AVP · MSE

REFERÊNCIA RÁPIDA

50 Orientações de Alta (extra) · Checklist de alta (Bônus 5)

O — OBSERVADO

_____ — Alta hospitalar conforme prescrição médica. Paciente _____.

F — FEITO

Retirado AVP de _____, cateter íntegro, com curativo compressivo. Orientados paciente e _____ sobre _____. Entregues _____.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

Paciente e acompanhante _____.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Saiu _____, acompanhado(a) por _____, às _____.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Registre como e com quem o paciente saiu.

ERRO COMUM

Escrever só "alta" sem as orientações dadas.

COMUNIQUE SE

Paciente sem acompanhante quando precisava de um ou com dúvida sobre a medicação.

Modelo editável. Preencha com os dados reais do seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

EDITÁVEL 107

ALTA: AVALIAÇÃO DO ENFERMEIRO

Pós-operatório com ferida limpa, educação em saúde concluída

01 / ADMISSÃO, TRANSFERÊNCIA E ALTA



QUEM REGISTRA

Evolução · enfermeiro

SIGLAS DESTE REGISTRO

PO pós-operatório · UBS unidade básica de saúde

REFERÊNCIA RÁPIDA

50 Orientações de Alta (extra)

S SUBJETIVO

_____ — Paciente refere _____ e _____.

O OBSERVADO

_____, _____, aceitando dieta, eliminações _____. _____.

A AVALIAÇÃO

Paciente em condições de alta. _____.

P PLANO

Educação em saúde sobre _____ com _____, que repetiram as orientações. Encaminhado(a) para _____.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Confirme a compreensão pedindo que o paciente repita.

ERRO COMUM

Orientar e não registrar quem recebeu as orientações.

COMUNIQUE SE

Barreira de entendimento ou falta de condições de cuidado em casa.

Modelo editável. Preencha com os dados reais do seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

EDITÁVEL 108

ALTA A PEDIDO

Paciente decide sair contra orientação da equipe

01 / ADMISSÃO, TRANSFERÊNCIA E ALTA



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

AVP

REFERÊNCIA RÁPIDA

Guia do Prontuário (extra)

O — OBSERVADO

_____ — Paciente solicita alta a pedido, referindo "_____".

F — FEITO

Comunicados enfermeiro(a) _____ e médico(a) _____, que orientou os riscos. Termo de responsabilidade assinado pelo paciente às _____. Retirado AVP sem intercorrências.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

Paciente _____.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Saiu _____, acompanhado(a) por _____, às _____.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Escreva a fala do paciente entre aspas.

ERRO COMUM

Liberar sem o termo assinado e sem registro de quem orientou.

COMUNIQUE SE

Sinais de confusão ou incapacidade de decidir.

Modelo editável. Preencha com os dados reais do seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

EDITÁVEL 109

ENTRADA NO PRONTO-SOCORRO / OBSERVAÇÃO

Cefaleia intensa com pressão elevada na chegada

01 / ADMISSÃO, TRANSFERÊNCIA E ALTA



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

PA · HGT glicemia capilar · AVP · 20G calibre do cateter

REFERÊNCIA RÁPIDA

Sinais vitais e sinais de alerta (Bônus 1)

O — OBSERVADO

_____ — Paciente deu entrada na sala de observação, _____, com queixa de _____.

F — FEITO

PA _____ mmHg, FC _____ bpm, T _____ °C, SpO_2 _____%, glicemia capilar _____ mg/dL. Puncionado AVP em _____ com cateter _____.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

Paciente _____.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Avaliado(a) por médico(a) plantonista às _____. Aguarda _____.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Use a escala de dor (0–10) na chegada.

ERRO COMUM

Não reaferir a PA alterada antes de registrar.

COMUNIQUE SE

Alteração de fala, força ou visão (sinais de AVE).

Modelo editável. Preencha com os dados reais do seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

EDITÁVEL 110

AFERIÇÃO DE SINAIS VITAIS SEM ALTERAÇÃO

Rotina das 6h em paciente estável

02 / SINAIS VITAIS E CONTROLES



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

SSVV · bpm · irpm · SpO_2

REFERÊNCIA RÁPIDA

Valores de referência (Bônus 1)

O — OBSERVADO

____ — Paciente _____, ao ser questionado(a) nega dor (____).

F — FEITO

PA ____ mmHg, FC ____ bpm, FR ____ irpm, T ____ °C, SpO_2 ____% em ar ambiente.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

Sem queixas relatadas.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Sem pendências.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Escreva os valores, nunca só "SSVV estáveis".

ERRO COMUM

Registrar o horário do fim do plantão em vez da hora da aferição.

COMUNIQUE SE

Qualquer valor fora da faixa ou da meta prescrita.

Modelo editável. Preencha com os dados reais do seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

EDITÁVEL 111

PRESSÃO ARTERIAL ELEVADA

PA alta com cefaleia, medicada conforme prescrição

02 / SINAIS VITAIS E CONTROLES



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

PA · VO via oral

REFERÊNCIA RÁPIDA

Classificação da PA (Bônus 1)

O — OBSERVADO

_____ — PA _____ mmHg; reaferida após 5 min em repouso: _____ mmHg. FC _____ bpm. Paciente refere _____.

F — FEITO

Administrado _____ conforme prescrição às _____.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

_____ — PA _____ mmHg, refere melhora da cefaleia.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Comunicado(a) enfermeiro(a) _____ às _____.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Registre a reaferição e o valor depois da conduta.

ERRO COMUM

Medicar e não reavaliar.

COMUNIQUE SE

Dor no peito, alteração neurológica ou PA que não cede.

Modelo editável. Preencha com os dados reais do seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

EDITÁVEL 112

HIPOTENSÃO

Queda de pressão com tontura e sudorese

02 / SINAIS VITAIS E CONTROLES



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

PA · FC · MMII membros inferiores

REFERÊNCIA RÁPIDA

Sinais de alerta (Bônus 1)

O — OBSERVADO

_____ — PA _____ mmHg, FC _____ bpm, paciente _____.

F — FEITO

Mantido(a) em decúbito dorsal com MMII elevados. _____.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

_____ — PA _____ mmHg, refere melhora da tontura.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Comunicados enfermeiro(a) _____ e médico(a) _____ às _____.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Ligue o sintoma ao valor aferido no mesmo horário.

ERRO COMUM

Levantar o paciente antes de reavaliar.

COMUNIQUE SE

Rebaixamento de consciência ou extremidades frias.

Modelo editável. Preencha com os dados reais do seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

EDITÁVEL 113

FEBRE

Febre com calafrios, antitérmico e reavaliação

02 / SINAIS VITAIS E CONTROLES



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

T temperatura · EV endovenosa · FC

REFERÊNCIA RÁPIDA

Faixas de temperatura (Bônus 1)

O — OBSERVADO

_____ — T _____ °C (axilar), FC _____ bpm, paciente _____.

F — FEITO

Administrado _____ às _____ conforme prescrição. Medidas de conforto (_____).

R — RESPOSTA DO PACIENTE

_____ — T _____ °C, calafrios cessaram.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Comunicado(a) enfermeiro(a) _____ às _____.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Registre a temperatura antes e depois.

ERRO COMUM

Escrever "febril" sem o valor e o local da medida.

COMUNIQUE SE

Febre com queda de pressão, confusão ou falta de ar.

Modelo editável. Preencha com os dados reais do seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

EDITÁVEL 114

GLICEMIA CAPILAR COM INSULINA POR ESCALA

Glicemia elevada antes do almoço, insulina conforme escala

02 / SINAIS VITAIS E CONTROLES



O OBSERVADO

_____ — Glicemia capilar _____ mg/dL. Paciente _____.

F FEITO

Administrada _____ em _____ conforme escala prescrita às _____. Rodízio de local respeitado.

R RESPOSTA DO PACIENTE

Paciente _____.

C COMUNICADO E PENDÊNCIAS

_____.

QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

HGT/DX glicemia capilar · UI unidades · SC subcutânea

REFERÊNCIA RÁPIDA

Glicemia (Bônus 1) · Insulina (extra Cálculo)

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Anote o local de aplicação para o rodízio.

ERRO COMUM

Aplicar a escala sem conferir a prescrição do dia.

COMUNIQUE SE

Valores acima do limite da prescrição ou abaixo de 70 mg/dL.

Modelo editável. Preencha com os dados reais do seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

EDITÁVEL 115

BALANÇO HÍDRICO DE 24 H

Fechamento do balanço com entradas e saídas

02 / SINAIS VITAIS E CONTROLES



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

BH balanço hídrico · EV · VO

REFERÊNCIA RÁPIDA

Checklist do plantão (Bônus 5)

O — OBSERVADO

_____ — Fechado balanço hídrico das 24 h.

F — FEITO

Entradas _____ mL (_____); saídas _____ mL (_____).

R — RESPOSTA DO PACIENTE

Balanço _____ mL.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Valores passados ao(à) enfermeiro(a) _____.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Separe entradas e saídas por via.

ERRO COMUM

Esquecer de somar perdas por dreno e vômito.

COMUNIQUE SE

Diurese abaixo do esperado ou balanço muito positivo em cardiopata.

Modelo editável. Preencha com os dados reais do seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

EDITÁVEL 116

QUEDA DE SATURAÇÃO (DESSATURAÇÃO)

Falta de ar de madrugada, oxigênio conforme orientação

02 / SINAIS VITAIS E CONTROLES



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

SpO_2 · FR · O_2 · L/min

REFERÊNCIA RÁPIDA

Saturação (Bônus 1)

O — OBSERVADO

_____ — SpO_2 _____% em ar ambiente, FR _____ irpm, paciente _____.

F — FEITO

Elevada a cabeceira. Instalado O_2 por _____ conforme orientação de _____.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

_____ — SpO_2 _____%, FR _____ irpm.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Médico(a) plantonista comunicado(a) às _____.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Escreva o valor antes e depois do oxigênio, com o fluxo.

ERRO COMUM

Instalar oxigênio sem orientação e sem registrar o fluxo.

COMUNIQUE SE

Saturação que não sobe ou piora da consciência.

Modelo editável. Preencha com os dados reais do seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

EDITÁVEL 117

SINAIS VITAIS ALTERADOS: AVALIAÇÃO DO ENFERMEIRO

Suspeita de sepse, protocolo institucional acionado

02 / SINAIS VITAIS E CONTROLES



QUEM REGISTRA

Evolução · enfermeiro

SIGLAS DESTE REGISTRO

T · PA · FC · TEC tempo de enchimento capilar

REFERÊNCIA RÁPIDA

Sinais de alerta (Bônus 1)

S — SUBJETIVO

_____ — Paciente refere _____.

O — OBSERVADO

FC _____ bpm, T _____ °C, PA _____ mmHg, _____.

A — AVALIAÇÃO

_____. Diagnóstico de enfermagem: _____.

P — PLANO

Protocolo de _____ da instituição acionado; médico(a) _____ comunicado(a) às _____; _____; SSVV de _____; controle de diurese; reavaliar em 1 h.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Registre o horário de cada etapa do protocolo.

ERRO COMUM

Esperar o próximo horário de sinais vitais para comunicar.

COMUNIQUE SE

Hipotensão persistente ou rebaixamento de consciência.

Modelo editável. Preencha com os dados reais do seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

EDITÁVEL 118

BANHO NO LEITO

Paciente dependente, pele com hiperemia em calcâneos

03 / HIGIENE E CONFORTO



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

DLD decúbito lateral direito · AGE ácidos graxos essenciais

REFERÊNCIA RÁPIDA

Prevenção de LPP (Bônus 3)

O — OBSERVADO

_____ — Paciente _____. Pele _____; _____.

F — FEITO

Realizado banho no leito com auxílio de _____. Hidratação da pele com _____, troca de roupa de cama e de fralda. Posicionado(a) em _____ com coxins e calcâneos flutuantes.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

Paciente _____, refere conforto.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

_____.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Use o banho para descrever a pele da cabeça aos pés.

ERRO COMUM

Escrever "banho realizado" e nada sobre a pele.

COMUNIQUE SE

Mancha que não some à pressão, bolha ou lesão nova.

Modelo editável. Preencha com os dados reais do seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

EDITÁVEL 119

BANHO DE ASPERSÃO COM AUXÍLIO

Banho no chuveiro em cadeira de banho

03 / HIGIENE E CONFORTO



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

Morse escala de risco de queda

REFERÊNCIA RÁPIDA

Prevenção de quedas (Morse, Bônus 2)

O — OBSERVADO

_____ — Paciente _____, Morse _____.

F — FEITO

Encaminhado(a) ao banho de aspersão em _____, com acompanhamento.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

Banho _____; pele _____. Retornou ao leito às _____.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Grades elevadas e campainha ao alcance.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Registre o tipo de auxílio usado.

ERRO COMUM

Deixar paciente de risco sozinho no banheiro.

COMUNIQUE SE

Tontura, queda ou falta de ar durante o banho.

Modelo editável. Preencha com os dados reais do seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

EDITÁVEL 120

RECUSA DO BANHO

Paciente prefere adiar o banho, reoferecido à tarde

03 / HIGIENE E CONFORTO



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

AVD atividades da vida diária

REFERÊNCIA RÁPIDA

Guia do Prontuário (extra)

O — OBSERVADO

_____ — Paciente recusa banho, referindo "_____".

F — FEITO

Orientado(a) sobre a importância da higiene; oferecida alternativa _____.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

Mantém a recusa. _____ — reoferecido: _____.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Comunicado(a) enfermeiro(a) _____ às _____.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Recusa é registro: fala, orientação e nova tentativa.

ERRO COMUM

Não registrar a recusa e parecer que o cuidado foi esquecido.

COMUNIQUE SE

Recusas repetidas ou mudança de comportamento.

Modelo editável. Preencha com os dados reais do seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

EDITÁVEL 121

HIGIENE ORAL

Paciente com prótese dentária, mucosa sem lesões

03 / HIGIENE E CONFORTO



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

HO higiene oral

REFERÊNCIA RÁPIDA

Checklist do plantão (Bônus 5)

O — OBSERVADO

_____ — Paciente _____.

F — FEITO

Realizada higiene oral com _____.
Prótese _____.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

Mucosa oral _____.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

_____.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Registre onde ficou a prótese.

ERRO COMUM

Prótese perdida porque ninguém anotou onde foi guardada.

COMUNIQUE SE

Placas brancas, feridas ou sangramento na boca.

Modelo editável. Preencha com os dados reais do seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

EDITÁVEL 122

HIGIENE ÍNTIMA E TROCA DE FRALDA

Eliminações presentes, creme barreira aplicado

03 / HIGIENE E CONFORTO



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

AGE ácidos graxos essenciais · LPP

REFERÊNCIA RÁPIDA

Prevenção de lesões (Bônus 3)

O — OBSERVADO

_____ — Eliminação _____ e _____.

F — FEITO

Realizada higiene íntima e troca de fralda. Aplicado _____ conforme prescrição de enfermagem.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

Região perineal _____.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

_____.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Descreva cor, aspecto e quantidade das eliminações.

ERRO COMUM

Escrever "evacuou" sem descrever.

COMUNIQUE SE

Sangue nas fezes, diarreia repetida ou pele lesionada.

Modelo editável. Preencha com os dados reais do seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

EDITÁVEL 123

MUDANÇA DE DECÚBITO

Reposicionamento programado a cada 2 horas

03 / HIGIENE E CONFORTO



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

DLE · DD decúbito dorsal

REFERÊNCIA RÁPIDA

Braden (Bônus 2)

O — OBSERVADO

_____ — Paciente _____; pele de região sacral _____.

F — FEITO

Mudança de decúbito para _____ com coxins em _____; calcâneos flutuantes.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

Paciente _____.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Próxima mudança às _____.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Anote o lado e o horário da próxima mudança.

ERRO COMUM

Repetir o mesmo lado em turnos seguidos.

COMUNIQUE SE

Hiperemia que não some ou dor ao posicionar.

Modelo editável. Preencha com os dados reais do seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

EDITÁVEL 124

LAVAGEM DO COURO CABELUDO NO LEITO

Higiene do cabelo em paciente restrito ao leito

03 / HIGIENE E CONFORTO



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

AVD atividades da vida diária · CVC (proteger)

REFERÊNCIA RÁPIDA

Checklist do plantão (Bônus 5)

O — OBSERVADO

_____ — Paciente _____.

F — FEITO

Realizada lavagem do couro cabeludo no leito, com proteção do colchão.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

Couro cabeludo _____; paciente refere bem-estar.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

_____.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Registre o que observou no couro cabeludo.

ERRO COMUM

Molhar o curativo de acesso central durante o procedimento.

COMUNIQUE SE

Lesões, parasitas ou dor.

Modelo editável. Preencha com os dados reais do seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

EDITÁVEL 125

AVALIAÇÃO DE PELE E AUTOCUIDADO

Paciente dependente com lesão por pressão estágio 1

03 / HIGIENE E CONFORTO



QUEM REGISTRA

Evolução · enfermeiro

SIGLAS DESTE REGISTRO

LPP · Braden

REFERÊNCIA RÁPIDA

Braden (Bônus 2) · Estágios de LPP (Bônus 3)

S — SUBJETIVO

_____ — Paciente _____.

O — OBSERVADO

_____. _____. Braden _____.

A — AVALIAÇÃO

_____. Diagnósticos: _____.

P — PLANO

_____.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Estágio, local e medida: os três sempre juntos.

ERRO COMUM

Classificar sem fazer o teste de digitopressão.

COMUNIQUE SE

Evolução para lesão aberta.

Modelo editável. Preencha com os dados reais do seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

EDITÁVEL 126

CONFORTO E SONO

Dificuldade para dormir, medidas de conforto

03 / HIGIENE E CONFORTO



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

SN se necessário (medicação)

REFERÊNCIA RÁPIDA

Avaliação da dor (Bônus 2)

O — OBSERVADO

_____ — Paciente refere _____.

F — FEITO

Reduzidas luz e ruído, oferecido _____, reposicionado(a) no leito.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

_____ — dormindo.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

_____.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Registre a queixa e o que foi feito antes de qualquer medicação.

ERRO COMUM

Pedir medicação para dormir sem tentar medidas de conforto.

COMUNIQUE SE

Agitação, confusão ou dor que impede o sono.

Modelo editável. Preencha com os dados reais do seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

EDITÁVEL 127

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÕES DO HORÁRIO

Medicações das 8h conferidas pelos certos

04 / MEDICAÇÃO E SOROTERAPIA



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

EV · SC · VO

REFERÊNCIA RÁPIDA

Cálculo de medicação (extra)

O OBSERVADO

_____ — Paciente _____; sem queixas.

F FEITO

Administrados _____ conforme prescrição, após conferência de paciente, medicamento, dose, via e horário.

R RESPOSTA DO PACIENTE

_____.

C COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Checado(s) no aprazamento.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Nome, dose, via, local e horário real.

ERRO COMUM

Checar antes de administrar.

COMUNIQUE SE

Dúvida na prescrição ou reação após a dose.

Modelo editável. Preencha com os dados reais do seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

EDITÁVEL 128

MEDICAÇÃO NÃO ADMINISTRADA

Paciente em jejum para exame

04 / MEDICAÇÃO E SOROTERAPIA



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

VO · NPO nada por via oral

REFERÊNCIA RÁPIDA

Guia do Prontuário (extra)

O — OBSERVADO

_____ — Paciente _____.

F — FEITO

Não administrado _____ por _____.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

Paciente _____.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Comunicado(a) enfermeiro(a) _____; _____.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Dose não dada também é registro: o motivo é obrigatório.

ERRO COMUM

Deixar o horário em branco sem justificativa.

COMUNIQUE SE

Medicação crítica (insulina, anticoagulante, antibiótico) ficar sem dose.

Modelo editável. Preencha com os dados reais do seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

EDITÁVEL 129

RECUSA DE MEDICAÇÃO

Paciente recusa medicação por efeito colateral

04 / MEDICAÇÃO E SOROTERAPIA



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

VO

REFERÊNCIA RÁPIDA

Guia do Prontuário (extra)

O — OBSERVADO

_____ — Paciente recusa _____, referindo "_____".

F — FEITO

Orientado(a) sobre a finalidade da medicação.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

Mantém a recusa.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Comunicados enfermeiro(a) _____ e médico(a) _____ às _____.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Fala do paciente entre aspas + quem foi comunicado.

ERRO COMUM

Insistir sem registrar a recusa.

COMUNIQUE SE

Sempre: recusa precisa de avaliação.

Modelo editável. Preencha com os dados reais do seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

EDITÁVEL 130

PUNÇÃO DE ACESSO VENOSO PERIFÉRICO

Primeira tentativa, cateter 22G no dorso da mão

04 / MEDICAÇÃO E SOROTERAPIA



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

AVP · MSE · 22G

REFERÊNCIA RÁPIDA

Cálculo de gotejamento (extra)

O — OBSERVADO

_____ — Rede venosa _____.

F — FEITO

Punção em _____ com cateter ____, _____. Fixado com _____ identificado com data, hora e calibre. Instalado _____ em bomba a ____.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

_____.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

_____.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Local, calibre, número de tentativas e fixação.

ERRO COMUM

Não identificar a data da punção.

COMUNIQUE SE

Dificuldade de acesso após 2 tentativas.

Modelo editável. Preencha com os dados reais do seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

EDITÁVEL 131

RETIRADA DE ACESSO POR SINAIS FLOGÍSTICOS

Hiperemia, edema e dor no local da punção

04 / MEDICAÇÃO E SOROTERAPIA



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

AVP · MSD · MSE

REFERÊNCIA RÁPIDA

Curativos e lesões (Bônus 3)

O — OBSERVADO

_____ — Local de AVP em _____ com _____.

F — FEITO

Acesso retirado; local avaliado pelo(a) enfermeiro(a); cuidados conforme protocolo. Nova punção em _____ com cateter _____.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

_____.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Comunicado(a) enfermeiro(a) _____ às _____.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Descreva os sinais antes de retirar.

ERRO COMUM

Tratar infiltração, extravasamento e flebite como iguais.

COMUNIQUE SE

Medicamento irritante/vesicante infundindo no local.

Modelo editável. Preencha com os dados reais do seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

EDITÁVEL 132

FLEBITE: AVALIAÇÃO DO ENFERMEIRO

Flebite grau 2 com notificação de evento

04 / MEDICAÇÃO E SOROTERAPIA



QUEM REGISTRA

Evolução · enfermeiro

SIGLAS DESTE REGISTRO

MSD

REFERÊNCIA RÁPIDA

Guia do Prontuário (extra)

S — SUBJETIVO

_____ — Paciente refere _____.

O — OBSERVADO

_____ em local de punção prévia em _____.

A — AVALIAÇÃO

_____ conforme escala da instituição.

P — PLANO

Evento notificado conforme protocolo. _____; reavaliar em _____.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Grau, extensão e conduta.

ERRO COMUM

Não notificar.

COMUNIQUE SE

Cordão palpável, febre ou secreção.

Modelo editável. Preencha com os dados reais do seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

EDITÁVEL 133

INSTALAÇÃO DE SOROTERAPIA

Soro com eletrólito em gotejamento calculado

04 / MEDICAÇÃO E SOROTERAPIA



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

SG soro glicosado · KCl cloreto de potássio · AVP

REFERÊNCIA RÁPIDA

Cálculo de gotejamento (extra)

O — OBSERVADO

_____ — AVP em ____ pérvio.

F — FEITO

Instalado _____ conforme prescrição, gotejamento de _____ (____). Frasco identificado com nome, conteúdo, início e gotejamento.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

Infusão _____.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

_____.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Gotejamento e horário de início.

ERRO COMUM

Calcular o gotejamento e não registrar o tempo previsto.

COMUNIQUE SE

Infusão adiantada/atrasada ou dor no local.

Modelo editável. Preencha com os dados reais do seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

EDITÁVEL 134

HEMOTRANSFUSÃO

Concentrado de hemácias com dupla checagem

04 / MEDICAÇÃO E SOROTERAPIA



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

CH concentrado de hemácias · SSVV

REFERÊNCIA RÁPIDA

Checklist de hemotransfusão (Bônus 5)

O — OBSERVADO

_____ — SSVV pré: PA _____ mmHg, FC _____ bpm, T _____ °C.

F — FEITO

Bolsa de _____ nº _____ conferida com _____ à beira do leito (dupla checagem). Iniciada às _____; permanência ao lado nos primeiros 15 min.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

_____. Término às _____; SSVV pós: _____.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

_____.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Número da bolsa e sinais vitais antes, durante e depois.

ERRO COMUM

Instalar sem dupla checagem.

COMUNIQUE SE

Febre, calafrios, falta de ar, dor lombar ou manchas.

Modelo editável. Preencha com os dados reais do seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

EDITÁVEL 135

REAÇÃO ADVERSA DURANTE A INFUSÃO

Prurido e placas na pele durante antibiótico

04 / MEDICAÇÃO E SOROTERAPIA



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

EV · SpO_2

REFERÊNCIA RÁPIDA

Sinais de alerta (Bônus 1)

O — OBSERVADO

_____ — Durante infusão de _____, paciente apresentou _____. Sem estridor ou edema de face.

F — FEITO

Infusão interrompida; acesso mantido pérvio conforme protocolo, sem reinfundir o medicamento. Tratamento conforme prescrição.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

_____ — refere redução do prurido; PA _____ mmHg, SpO_2 _____%.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Enfermeiro(a) _____ e médico(a) _____ acionados às _____.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Nome do medicamento e o que aconteceu, minuto a minuto.

ERRO COMUM

Continuar a infusão "mais devagar".

COMUNIQUE SE

Imediatamente: qualquer reação.

Modelo editável. Preencha com os dados reais do seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

EDITÁVEL 136

INSULINA E CONTROLE GLICÊMICO

Diabético com glicemias altas e aceitação parcial da dieta

04 / MEDICAÇÃO E SOROTERAPIA



S SUBJETIVO

_____ — Paciente refere _____.

O OBSERVADO

Glicemias de _____ nas últimas 24 h, em uso de _____. Aceitação da dieta _____. Sem sinais de hipoglicemia.

QUEM REGISTRA

Evolução · enfermeiro

SIGLAS DESTE REGISTRO

HGT · UI · NPH

REFERÊNCIA RÁPIDA

Glicemia (Bônus 1)

A AVALIAÇÃO

Diagnóstico: _____.

P PLANO

_____.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Mostre a tendência das glicemias, não só o último valor.

ERRO COMUM

Ignorar aceitação da dieta ao avaliar a glicemia.

COMUNIQUE SE

Hipoglicemia ou valores persistentemente altos.

Modelo editável. Preencha com os dados reais do seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

EDITÁVEL 137

CURATIVO DE FERIDA OPERATÓRIA

Ferida abdominal limpa e seca, pontos íntegros

05 / CURATIVOS E LESÕES



O OBSERVADO

_____ — FO _____ com _____; pontos _____.

F FEITO

Curativo com técnica asséptica: limpeza com _____ e cobertura com _____. Identificado com data.

R RESPOSTA DO PACIENTE

Paciente refere dor ____ durante o procedimento.

C COMUNICADO E PENDÊNCIAS

_____.

QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

FO ferida operatória · SF soro fisiológico

REFERÊNCIA RÁPIDA

Como descrever ferida (Bônus 3)

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Bordas, secreção, pele ao redor e cobertura usada.

ERRO COMUM

"Curativo feito" sem descrever a ferida.

COMUNIQUE SE

Secreção, abertura de pontos, hiperemia ou febre.

Modelo editável. Preencha com os dados reais do seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

EDITÁVEL 138

CURATIVO DE LESÃO POR PRESSÃO

LPP sacral com granulação, cobertura prescrita

05 / CURATIVOS E LESÕES



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

LPP · SF

REFERÊNCIA RÁPIDA

Coberturas (Bônus 3)

O OBSERVADO

_____ — LPP em _____, leito _____, exsudato _____, sem odor.

F FEITO

Curativo conforme prescrição de enfermagem: limpeza com _____, _____ e cobertura com _____.

R RESPOSTA DO PACIENTE

_____.

C COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Próxima troca: _____.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Aspecto do leito e do exsudato a cada troca.

ERRO COMUM

Trocar de cobertura por conta própria.

COMUNIQUE SE

Odor, secreção purulenta ou aumento da lesão.

Modelo editável. Preencha com os dados reais do seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

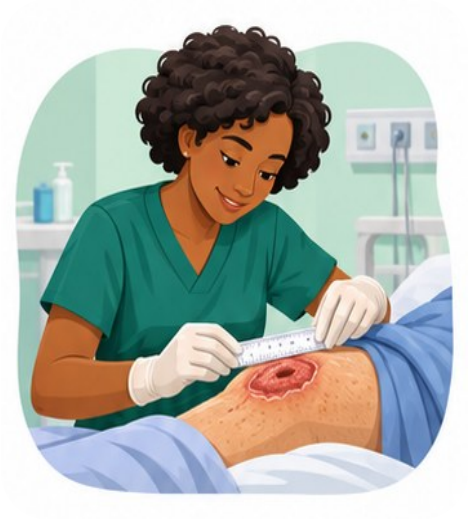
Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

EDITÁVEL 139

AVALIAÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO

LPP estágio 3 com redução de tamanho

05 / CURATIVOS E LESÕES



QUEM REGISTRA

Evolução · enfermeiro

SIGLAS DESTE REGISTRO

LPP

REFERÊNCIA RÁPIDA

Estágios e descrição de ferida (Bônus 3)

S SUBJETIVO

_____ — Paciente refere _____.

O OBSERVADO

LPP em _____, _____, _____; leito _____; bordas _____; pele ao redor _____; exsudato _____, sem odor.

A AVALIAÇÃO

_____.

P PLANO

_____.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Compare com a medida anterior.

ERRO COMUM

Medir sem padronizar (comprimento x largura x profundidade).

COMUNIQUE SE

Necrose, odor ou aumento.

Modelo editável. Preencha com os dados reais do seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

EDITÁVEL 140

CURATIVO DE ÚLCERA VENOSA

Úlcera em perna com edema, enfaixamento compressivo

05 / CURATIVOS E LESÕES



O OBSERVADO

_____ — Úlcera em _____; exsudato _____; edema _____.

F FEITO

Limpeza com _____, _____ e enfaixamento _____ conforme prescrição.

R RESPOSTA DO PACIENTE

Paciente _____; dedos _____ após o enfaixamento.

C COMUNICADO E PENDÊNCIAS

_____.

QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

MIE membro inferior esquerdo · SF

REFERÊNCIA RÁPIDA

Coberturas (Bônus 3)

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Confira e registre a perfusão dos dedos após a compressão.

ERRO COMUM

Enfaixar apertado sem checar a circulação.

COMUNIQUE SE

Dedos frios, roxos ou dormentes.

Modelo editável. Preencha com os dados reais do seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

EDITÁVEL 141

RETIRADA DE PONTOS

Incisão cicatrizada no antebraço

05 / CURATIVOS E LESÕES



O OBSERVADO

_____ — Incisão em _____ _____.

F FEITO

Retirados _____ pontos conforme prescrição.
Aplicado _____.

R RESPOSTA DO PACIENTE

Paciente _____.

C COMUNICADO E PENDÊNCIAS

_____.

QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

FO ferida operatória

REFERÊNCIA RÁPIDA

Curativos (Bônus 3)

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Número de pontos retirados e aspecto da incisão.

ERRO COMUM

Não contar os pontos.

COMUNIQUE SE

Abertura da incisão ou secreção.

Modelo editável. Preencha com os dados reais do seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

EDITÁVEL 142

CURATIVO DE CATETER VENOSO CENTRAL

Inserção limpa, curativo transparente datado

05 / CURATIVOS E LESÕES



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

CVC cateter venoso central

REFERÊNCIA RÁPIDA

Prevenção de infecção (Bônus 5)

O OBSERVADO

_____ — Inserção de CVC em _____ _____; lúmens _____.

F FEITO

Curativo com _____ e cobertura _____, identificada com data, conforme protocolo.

R RESPOSTA DO PACIENTE

_____.

C COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Próxima troca: _____.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Data da troca e aspecto da inserção.

ERRO COMUM

Deixar curativo úmido ou descolado.

COMUNIQUE SE

Hiperemia, secreção ou febre.

Modelo editável. Preencha com os dados reais do seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

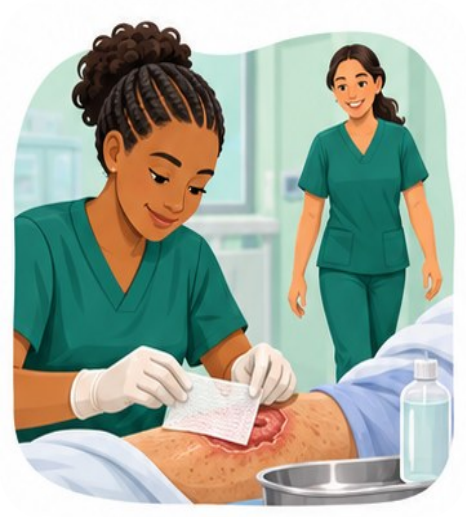
Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

EDITÁVEL 143

DEISCÊNCIA DE FERIDA

Abertura parcial da ferida operatória

05 / CURATIVOS E LESÕES



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

FO · SF

REFERÊNCIA RÁPIDA

Descrição de ferida (Bônus 3)

O — OBSERVADO

_____ — Durante o curativo, observada _____.

F — FEITO

Coberta com _____; paciente mantido(a) em repouso.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

Paciente refere _____.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Enfermeiro(a) e médico(a) _____ comunicados às _____.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Tamanho da abertura e aspecto do que sai.

ERRO COMUM

Tentar "fechar" com fita.

COMUNIQUE SE

Sempre, imediatamente.

Modelo editável. Preencha com os dados reais do seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

EDITÁVEL 144

LESÃO DE PELE POR ADESIVO

Lesão por fricção ao retirar fixação

05 / CURATIVOS E LESÕES



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

SF

REFERÊNCIA RÁPIDA

Prevenção (Bônus 3)

O — OBSERVADO

_____ — Observada _____ após retirada de fixação.

F — FEITO

Limpeza com SF 0,9% e _____; trocada a fixação por _____.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

Paciente _____.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Comunicado(a) enfermeiro(a) _____; evento notificado conforme rotina.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Como aconteceu e o que foi trocado para prevenir.

ERRO COMUM

Omitir a lesão causada pelo cuidado.

COMUNIQUE SE

Pele frágil em vários pontos (risco alto).

Modelo editável. Preencha com os dados reais do seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

EDITÁVEL 145

PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO

Braden 11, plano de prevenção

05 / CURATIVOS E LESÕES



QUEM REGISTRA

Evolução · enfermeiro

SIGLAS DESTE REGISTRO

Braden · LPP

REFERÊNCIA RÁPIDA

Braden (Bônus 2)

S — SUBJETIVO

_____ — _____.

O — OBSERVADO

Braden _____; _____; pele _____ com _____.

A — AVALIAÇÃO

Diagnóstico: _____ (alto risco).

P — PLANO

_____.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Ligue a pontuação de Braden às medidas.

ERRO COMUM

Calcular Braden e não mudar o cuidado.

COMUNIQUE SE

Hiperemia que deixa de embranquecer.

Modelo editável. Preencha com os dados reais do seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

EDITÁVEL 146

PASSAGEM DE SONDA NASOENTERAL

SNE inserida, aguardando confirmação radiológica

06 / SONDAS, DRENOS E CATETERES



QUEM REGISTRA

Anotação · enfermeiro (procedimento do enfermeiro)

SIGLAS DESTE REGISTRO

SNE sonda nasoenteral · RX

REFERÊNCIA RÁPIDA

Guia do Prontuário (extra)

O — OBSERVADO

____ — Paciente _____, indicação de SNE conforme prescrição.

F — FEITO

Inserida SNE nº ____ por narina ____; marca externa em ____ registrada. Sonda identificada como não liberada para uso.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

Sem desconforto respiratório observado.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

RX solicitado; dieta, água e medicação só após confirmação documentada do posicionamento.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Calibre, narina, marca externa e "aguarda confirmação".

ERRO COMUM

Liberar dieta antes da confirmação.

COMUNIQUE SE

Tosse, cianose ou desconforto durante a passagem.

Modelo editável. Preencha com os dados reais do seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

EDITÁVEL 147

DIETA ENTERAL

Dieta em bomba com cabeceira elevada

06 / SONDAS, DRENOS E CATETERES



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

SNE · mL/h

REFERÊNCIA RÁPIDA

Checklist do plantão (Bônus 5)

O **OBSERVADO**

_____ — SNE fixada em _____, posição confirmada em _____.

F **FEITO**

Instalada dieta _____ em bomba a _____ , cabeceira a 30–45°. Sonda lavada com _____ de água filtrada.

R **RESPOSTA DO PACIENTE**

_____.

C **COMUNICADO E PENDÊNCIAS**

_____.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Marca da sonda antes de instalar.

ERRO COMUM

Deitar o paciente com a dieta correndo.

COMUNIQUE SE

Vômito, tosse durante a dieta ou sonda com marca diferente.

Modelo editável. Preencha com os dados reais do seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

EDITÁVEL 148

SONDA NASOGÁSTRICA ABERTA

Drenagem gástrica biliosa em frasco

06 / SONDAS, DRENOS E CATETERES



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

SNG sonda nasogástrica

REFERÊNCIA RÁPIDA

Balanço hídrico (cap. 2)

O — OBSERVADO

_____ — SNG _____.

F — FEITO

Drenagem de _____ de conteúdo _____ nas últimas 6 h; frasco esvaziado e registrado no balanço.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

Fixação _____; paciente _____.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

_____.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Volume, aspecto e período.

ERRO COMUM

Não somar no balanço hídrico.

COMUNIQUE SE

Conteúdo com sangue ou volume muito alto.

Modelo editável. Preencha com os dados reais do seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

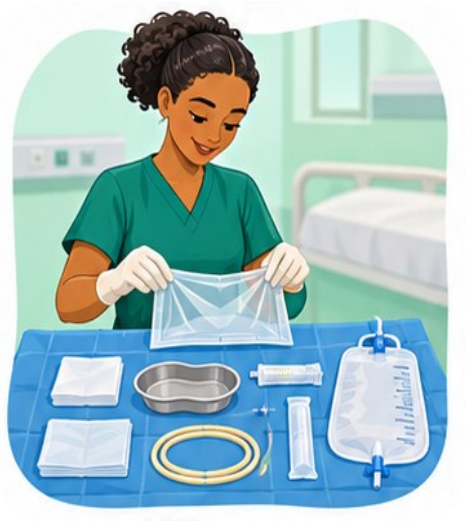
Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

EDITÁVEL 149

SONDAGEM VESICAL DE DEMORA

Sonda Foley com retorno imediato de diurese

06 / SONDAS, DRENOS E CATETERES



QUEM REGISTRA

Anotação · enfermeiro (procedimento do enfermeiro)

SIGLAS DESTE REGISTRO

SVD · AD água destilada

REFERÊNCIA RÁPIDA

Prevenção de infecção (Bônus 5)

O — OBSERVADO

_____ — _____, indicação conforme prescrição.

F — FEITO

Cateterismo vesical de demora com sonda Foley nº _____, técnica asséptica, balonete com _____ de AD. Fixada em _____; bolsa abaixo do nível da bexiga.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

Retorno imediato de _____ de diurese _____.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

_____.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Calibre, volume do balonete e diurese inicial.

ERRO COMUM

Bolsa acima da bexiga ou encostada no chão.

COMUNIQUE SE

Sangramento, dor intensa ou ausência de retorno.

Modelo editável. Preencha com os dados reais do seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

EDITÁVEL 150

CUIDADOS COM SONDA VESICAL

Higiene do meato e controle de diurese

06 / SONDAS, DRENOS E CATETERES



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

SVD

REFERÊNCIA RÁPIDA

Prevenção de infecção (Bônus 5)

O **OBSERVADO**

_____ — SVD _____; diurese _____.

F **FEITO**

Higiene do meato uretral. Bolsa esvaziada: _____ no período.

R **RESPOSTA DO PACIENTE**

_____.

C **COMUNICADO E PENDÊNCIAS**

_____.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Volume esvaziado e aspecto da urina.

ERRO COMUM

Desconectar o sistema para esvaziar.

COMUNIQUE SE

Urina turva, com sangue, febre ou débito baixo.

Modelo editável. Preencha com os dados reais do seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

EDITÁVEL 151

DRENO: DÉBITO E ASPECTO

Dreno tubular com débito seroso

06 / SONDAS, DRENOS E CATETERES



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

BH balanço hídrico

REFERÊNCIA RÁPIDA

Balanço hídrico (cap. 2)

O — OBSERVADO

_____ — Dreno _____; curativo _____.

F — FEITO

Frasco esvaziado: _____ de conteúdo _____ nas últimas 12 h.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

Paciente _____.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Valor lançado no balanço.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Débito por período e aspecto.

ERRO COMUM

Esvaziar sem medir.

COMUNIQUE SE

Sangue vivo, aumento súbito ou dreno saindo.

Modelo editável. Preencha com os dados reais do seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

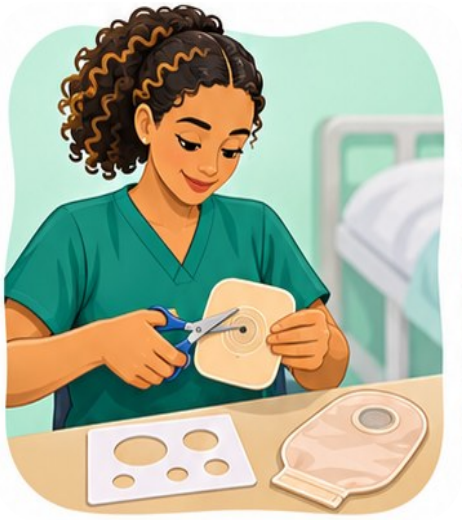
Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

EDITÁVEL 152

OSTOMIA (TROCA DE BOLSA)

Colostomia com estoma saudável

06 / SONDAS, DRENOS E CATETERES



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

EF efluente

REFERÊNCIA RÁPIDA

Orientação de alta nº 9 (extra)

O — OBSERVADO

_____ — Estoma _____; pele periestoma _____; efluente _____.

F — FEITO

Troca da bolsa de _____ com placa recortada no tamanho do estoma.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

Paciente _____.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

_____.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Cor do estoma e condição da pele ao redor.

ERRO COMUM

Recorte largo demais, que fere a pele.

COMUNIQUE SE

Estoma escuro, retraído ou sangrando.

Modelo editável. Preencha com os dados reais do seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

EDITÁVEL 153

SONDA TRACIONADA / EXTERIORIZADA

Paciente agitado retirou a sonda

06 / SONDAS, DRENOS E CATETERES



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

SNE

REFERÊNCIA RÁPIDA

Comportamento e segurança (cap. 11)

O — OBSERVADO

____ — SNE _____.

F — FEITO

Dieta suspensa; bomba desligada.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

Paciente _____.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Enfermeiro(a) ____ comunicado(a) às ____; aguarda repassagem.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Horário em que foi percebido e o que foi feito.

ERRO COMUM

Reintroduzir a sonda por conta própria.

COMUNIQUE SE

Sempre.

Modelo editável. Preencha com os dados reais do seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

EDITÁVEL 154

CATETERES E DISPOSITIVOS: AVALIAÇÃO DO ENFERMEIRO

Revisão diária da necessidade dos dispositivos

06 / SONDAS, DRENOS E CATETERES



QUEM REGISTRA

Evolução · enfermeiro

SIGLAS DESTE REGISTRO

SNE · SVD · CVC

REFERÊNCIA RÁPIDA

Prevenção de infecção (Bônus 5)

S SUBJETIVO

_____ — Paciente _____.

O OBSERVADO

_____; dispositivos _____.

A AVALIAÇÃO

Diagnóstico: _____. _____.

P PLANO

_____; manter cuidados de prevenção conforme protocolo.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Dia de uso de cada dispositivo.

ERRO COMUM

Manter dispositivo "por costume".

COMUNIQUE SE

Febre ou sinais de infecção no local.

Modelo editável. Preencha com os dados reais do seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

EDITÁVEL 155

PREPARO PRÉ-OPERATÓRIO

Jejum confirmado, termo assinado, encaminhado ao centro cirúrgico

07 / PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

CC centro cirúrgico · TCLE

REFERÊNCIA RÁPIDA

Checklist pré-operatório (Bônus 5)

O — OBSERVADO

_____ — Jejum desde _____; _____.

F — FEITO

Banho realizado; retirados _____; pulseira conferida; termo de consentimento _____; lateralidade _____. SSVV: _____.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

Paciente _____.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Encaminhado(a) ao CC às _____, em maca, com prontuário e exames.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Horário de início do jejum e itens retirados.

ERRO COMUM

Esquecer prótese ou adorno.

COMUNIQUE SE

Jejum quebrado ou termo ausente.

Modelo editável. Preencha com os dados reais do seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

EDITÁVEL 156

RETORNO DO CENTRO CIRÚRGICO

Pós-operatório imediato de colecistectomia

07 / PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

CC · POI pós-operatório imediato · AVP

REFERÊNCIA RÁPIDA

Checklist de retorno do CC (Bônus 5)

O — OBSERVADO

____ — Retorno do CC após _____, _____; dor ____.

F — FEITO

SSVV: PA ____ mmHg, FC ____ bpm, SpO_2 ____% com O_2 a ____. Curativos ____. AVP em ____ com ____. Posicionado(a) em decúbito ____, grades elevadas.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

____.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Prescrição pós-operatória checada.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Condição de chegada completa, incluindo dor.

ERRO COMUM

Não registrar a primeira diurese depois.

COMUNIQUE SE

Sangramento, dor intensa ou queda da saturação.

Modelo editável. Preencha com os dados reais do seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

EDITÁVEL 157

AVALIAÇÃO PÓS-OPERATÓRIA

1º dia de pós-operatório de hérnia

07 / PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO



QUEM REGISTRA

Evolução · enfermeiro

SIGLAS DESTE REGISTRO

PO

REFERÊNCIA RÁPIDA

Dor (Bônus 2)

S SUBJETIVO

_____ — Paciente refere dor _____ em incisão, _____.

O OBSERVADO

_____ PO de _____; _____; ferida _____; diurese _____; aceitou _____.

A AVALIAÇÃO

Diagnósticos: _____; _____.

P PLANO

_____.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Dia de PO e as eliminações.

ERRO COMUM

Não registrar a primeira deambulação.

COMUNIQUE SE

Febre, dor que não cede ou ferida alterada.

Modelo editável. Preencha com os dados reais do seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

EDITÁVEL 158

DOR PÓS-OPERATÓRIA

Dor intensa, analgesia e reavaliação

07 / PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

EV · EVA escala de dor

REFERÊNCIA RÁPIDA

Escalas de dor (Bônus 2)

O — OBSERVADO

_____ — Paciente refere dor _____ em _____.

F — FEITO

Administrado _____ às _____ conforme prescrição.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

_____ — dor _____.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

_____.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Dor antes e depois, com a escala.

ERRO COMUM

Não reavaliar.

COMUNIQUE SE

Dor que não melhora com a analgesia prescrita.

Modelo editável. Preencha com os dados reais do seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

EDITÁVEL 159

NÁUSEAS E VÔMITOS NO PÓS-OPERATÓRIO

Um episódio de vômito, antiemético conforme prescrição

07 / PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

EV

REFERÊNCIA RÁPIDA

Balanço hídrico (cap. 2)

O **OBSERVADO**

_____ — _____ de conteúdo _____.

F **FEITO**

Lateralizado(a); higiene oral; administrado _____ conforme prescrição.

R **RESPOSTA DO PACIENTE**

_____ — _____.

C **COMUNICADO E PENDÊNCIAS**

Enfermeiro(a) _____ comunicado(a).

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Volume e aspecto do vômito.

ERRO COMUM

Esquecer de lançar no balanço.

COMUNIQUE SE

Vômitos repetidos ou com sangue.

Modelo editável. Preencha com os dados reais do seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

EDITÁVEL 160

PRIMEIRA DEAMBULAÇÃO

Levantou com tontura leve que passou sentado

07 / PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

DD decúbito dorsal · Morse

REFERÊNCIA RÁPIDA

Prevenção de quedas (Bônus 2)

O — OBSERVADO

_____ — Liberado(a) para deambular.

F — FEITO

Sentado(a) à beira do leito por _____ e auxiliado(a) a caminhar _____.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

Refere _____, que melhorou sentado(a). Retornou ao leito sem intercorrências.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

_____.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Quem acompanhou e a distância caminhada.

ERRO COMUM

Levantar direto do decúbito para o pé.

COMUNIQUE SE

Tontura que não passa ou desmaio.

Modelo editável. Preencha com os dados reais do seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

EDITÁVEL 161

SANGRAMENTO NO PÓS-OPERATÓRIO

Curativo com sangue vivo e taquicardia

07 / PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

PA · FC

REFERÊNCIA RÁPIDA

Sinais de alerta (Bônus 1)

O — OBSERVADO

____ — Curativo _____. PA ____ mmHg, FC ____ bpm.

F — FEITO

Reforço do curativo e compressão local.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

____ — _____; PA ____ mmHg.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Enfermeiro(a) e médico(a) ____ comunicados às ____.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Quanto do curativo estava saturado e em quanto tempo.

ERRO COMUM

Só trocar o curativo e não avisar.

COMUNIQUE SE

Sempre, imediatamente.

Modelo editável. Preencha com os dados reais do seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

EDITÁVEL 162

JEJUM PARA EXAME

Orientação e sinalização do jejum

07 / PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

NPO · VO

REFERÊNCIA RÁPIDA

Checklist pré-operatório (Bônus 5)

O — OBSERVADO

_____ — Exame programado: _____.

F — FEITO

Paciente orientado(a) sobre jejum a partir de _____; placa de jejum afixada; medicações VO das _____ _____.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

Paciente _____.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Passado no plantão.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Horário de início do jejum.

ERRO COMUM

Esquecer de avisar a copa.

COMUNIQUE SE

Paciente diabético em jejum (risco de hipoglicemia).

Modelo editável. Preencha com os dados reais do seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

EDITÁVEL 163

QUEDA DO LEITO

Encontrado no chão ao tentar ir ao banheiro sozinho

08 / INTERCORRÊNCIAS



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

SSVV · Morse

REFERÊNCIA RÁPIDA

Morse (Bônus 2) · Guia do Prontuário (extra)

O — OBSERVADO

_____ — Paciente encontrado(a) no chão ao lado do leito, _____, referindo que "_____". Grades _____. Dor em _____; _____.

F — FEITO

SSVV: _____. Colocado(a) no leito com auxílio de _____, sem mobilizar o membro doloroso.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

Paciente _____.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Enfermeiro(a) _____ e médico(a) _____ comunicados às _____. Notificação de evento realizada.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Como foi encontrado, o que disse e lesões vistas.

ERRO COMUM

Escrever "caiu da cama" sem detalhes.

COMUNIQUE SE

Sempre: toda queda exige avaliação.

Modelo editável. Preencha com os dados reais do seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

EDITÁVEL 164

AVALIAÇÃO APÓS QUEDA

Avaliação neurológica e plano de prevenção

08 / INTERCORRÊNCIAS



QUEM REGISTRA

Evolução · enfermeiro

SIGLAS DESTE REGISTRO

GCS · Morse

REFERÊNCIA RÁPIDA

Glasgow e Morse (Bônus 2)

S SUBJETIVO

_____ — Paciente refere _____; _____.

O OBSERVADO

GCS _____; pupilas _____; dor à mobilização de _____, sem deformidade. Morse reavaliado: _____.

A AVALIAÇÃO

_____. Diagnóstico: _____ (alto).

P PLANO

_____.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Reavalie e atualize o Morse.

ERRO COMUM

Não planejar a prevenção da próxima queda.

COMUNIQUE SE

Alteração neurológica nas reavaliações.

Modelo editável. Preencha com os dados reais do seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

EDITÁVEL 165

HIPOGLICEMIA

Paciente sudoreico e confuso de madrugada

08 / INTERCORRÊNCIAS



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

HGT · EV

REFERÊNCIA RÁPIDA

Glicemia (Bônus 1)

O — OBSERVADO

_____ — Paciente _____. Glicemia capilar _____ mg/dL.

F — FEITO

Administrado _____ conforme protocolo/prescrição.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

_____ — glicemia _____ mg/dL, paciente _____.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Enfermeiro(a) _____ comunicado(a) às _____.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Valor antes e depois e o que foi feito.

ERRO COMUM

Esperar o horário da próxima glicemia para reavaliar.

COMUNIQUE SE

Sempre.

Modelo editável. Preencha com os dados reais do seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

EDITÁVEL 166

CONVULSÃO

Crise tônico-clônica de cerca de 2 minutos

08 / INTERCORRÊNCIAS



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

SpO_2 · O_2

REFERÊNCIA RÁPIDA

Sinais de alerta (Bônus 1)

O — OBSERVADO

_____ — _____.

F — FEITO

Lateralizado(a), cabeça protegida, objetos afastados, _____; _____; medicação conforme prescrição.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

Após a crise: _____, SpO_2 ____% → ____% com O_2.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Enfermeiro(a) e médico(a) comunicados às ____.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Duração, tipo de movimento e estado depois.

ERRO COMUM

Colocar objeto na boca do paciente.

COMUNIQUE SE

Sempre, imediatamente.

Modelo editável. Preencha com os dados reais do seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

EDITÁVEL 167

DOR TORÁCICA

Dor em aperto irradiando para o braço

08 / INTERCORRÊNCIAS



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

ECG · PA · SpO_2

REFERÊNCIA RÁPIDA

Sinais de alerta (Bônus 1)

O — OBSERVADO

_____ — Dor _____, iniciada às _____, _____.

F — FEITO

PA _____ mmHg, FC _____ bpm, SpO_2 _____%. ECG às _____. Repouso no leito.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

_____.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Enfermeiro(a) e médico(a) comunicados às _____.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Horário de início da dor.

ERRO COMUM

Atrasar o ECG.

COMUNIQUE SE

Sempre, imediatamente.

Modelo editável. Preencha com os dados reais do seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

EDITÁVEL 168

PIORA DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

Paciente antes orientado, agora só responde à dor

08 / INTERCORRÊNCIAS



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

GCS · HGT

REFERÊNCIA RÁPIDA

Glasgow (Bônus 2)

O — OBSERVADO

_____ — Paciente _____ (antes _____).

F — FEITO

Glicemia ____ mg/dL. SSVV: ____.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

_____.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Enfermeiro(a) e médico(a) comunicados às ____.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Compare com o estado anterior.

ERRO COMUM

Achar que é só sono.

COMUNIQUE SE

Sempre.

Modelo editável. Preencha com os dados reais do seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

EDITÁVEL 169

PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA

Atendimento em código, registro da equipe

08 / INTERCORRÊNCIAS



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

PCR · RCP

REFERÊNCIA RÁPIDA

Guia do Prontuário (extra)

O — OBSERVADO

_____ — Paciente encontrado(a) _____.

F — FEITO

Código acionado e compressões iniciadas às _____. Equipe: _____. Medicações e procedimentos conforme registro da reanimação.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

_____.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Família comunicada por _____ às _____.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Horário de início, equipe e desfecho.

ERRO COMUM

Registrar tudo de memória horas depois.

COMUNIQUE SE

Registro completo da equipe logo após o atendimento.

Modelo editável. Preencha com os dados reais do seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

EDITÁVEL 170

DIARREIA

Três episódios de fezes líquidas no plantão

08 / INTERCORRÊNCIAS



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

EPI equipamento de proteção individual

REFERÊNCIA RÁPIDA

Isolamento (cap. 11)

O — OBSERVADO

_____ — _____ episódios de evacuação _____ no plantão.

F — FEITO

Higiene e troca; _____; precauções conforme orientação do controle de infecção.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

Paciente _____.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Enfermeiro(a) _____ comunicado(a).

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Número de episódios e aspecto.

ERRO COMUM

Não pensar em hidratação e isolamento.

COMUNIQUE SE

Sangue, febre ou sinais de desidratação.

Modelo editável. Preencha com os dados reais do seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

EDITÁVEL 171

EPISTAXE

Sangramento nasal contido com compressão

08 / INTERCORRÊNCIAS



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

PA · FC

REFERÊNCIA RÁPIDA

Sinais de alerta (Bônus 1)

O — OBSERVADO

_____ — Epistaxe em _____.

F — FEITO

Sentado(a) com cabeça levemente inclinada para frente; compressão por _____ e compressa fria.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

Sangramento _____.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Enfermeiro(a) _____ comunicado(a).

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Duração e se usa anticoagulante.

ERRO COMUM

Inclinar a cabeça para trás.

COMUNIQUE SE

Sangramento que não para ou paciente anticoagulado.

Modelo editável. Preencha com os dados reais do seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

EDITÁVEL 172

INTERCORRÊNCIA: AVALIAÇÃO DO ENFERMEIRO

Dispneia súbita com melhora após conduta

08 / INTERCORRÊNCIAS



QUEM REGISTRA

Evolução · enfermeiro

SIGLAS DESTE REGISTRO

SpO_2 · FR · O_2

REFERÊNCIA RÁPIDA

Sinais de alerta (Bônus 1)

S SUBJETIVO

_____ — Paciente refere _____.

O OBSERVADO

_____; após conduta: _____.

A AVALIAÇÃO

_____.

P PLANO

_____.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Linha do tempo: início, conduta, resposta.

ERRO COMUM

Registrar só o desfecho.

COMUNIQUE SE

Nova piora.

Modelo editável. Preencha com os dados reais do seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

EDITÁVEL 173

OXIGENOTERAPIA

Cateter nasal com umidificação

09 / CUIDADOS RESPIRATÓRIOS



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

CN cateter nasal · SpO_2 · O_2

REFERÊNCIA RÁPIDA

Saturação (Bônus 1)

O — OBSERVADO

____ — Paciente em O_2 por _____; _____.

F — FEITO

Umidificador conferido; narinas avaliadas.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

SpO_2 ____%, FR ____ irpm; narinas _____.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

_____.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Dispositivo, fluxo e saturação.

ERRO COMUM

Fluxo diferente do prescrito.

COMUNIQUE SE

Saturação abaixo do alvo.

Modelo editável. Preencha com os dados reais do seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

EDITÁVEL 174

ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS

Secreção espessa com melhora da saturação

09 / CUIDADOS RESPIRATÓRIOS



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

VAS vias aéreas superiores · TQT · SpO_2

REFERÊNCIA RÁPIDA

Checklist do plantão (Bônus 5)

O — OBSERVADO

_____ — _____; SpO_2 _____%.

F — FEITO

Aspiração de _____, técnica asséptica.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

Secreção _____; SpO_2 após: _____%.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

_____.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Via, aspecto, quantidade e saturação antes/depois.

ERRO COMUM

Aspirar sem necessidade, por rotina.

COMUNIQUE SE

Secreção com sangue ou piora após aspirar.

Modelo editável. Preencha com os dados reais do seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

EDITÁVEL 175

NEBULIZAÇÃO

Nebulização prescrita com melhora da falta de ar

09 / CUIDADOS RESPIRATÓRIOS



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

SF

REFERÊNCIA RÁPIDA

Sinais de alerta respiratórios (Bônus 1)

O — OBSERVADO

_____ — Paciente refere _____.

F — FEITO

Nebulização com _____ por _____.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

_____; FR _____ irpm.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

_____.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

O que foi inalado e a resposta.

ERRO COMUM

Não registrar a resposta.

COMUNIQUE SE

Sem melhora ou taquicardia importante.

Modelo editável. Preencha com os dados reais do seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

EDITÁVEL 176

CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA

Troca de endocânula e curativo

09 / CUIDADOS RESPIRATÓRIOS



O OBSERVADO

_____ — Estoma _____; secreção _____.

F FEITO

Higiene da TQT, troca de endocânula e de curativo; cadarço trocado _____.

R RESPOSTA DO PACIENTE

Paciente _____; SpO_2 _____%.

C COMUNICADO E PENDÊNCIAS

_____.

QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

TQT

REFERÊNCIA RÁPIDA

Curativos (Bônus 3)

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Aspecto do estoma e da secreção.

ERRO COMUM

Cadarço apertado ou frouxo demais.

COMUNIQUE SE

Sangramento ou dificuldade respiratória.

Modelo editável. Preencha com os dados reais do seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

EDITÁVEL 177

VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA

Paciente tolerando a máscara, pele protegida

09 / CUIDADOS RESPIRATÓRIOS



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

VNI · SpO_2 · FR

REFERÊNCIA RÁPIDA

Prevenção de lesão por dispositivo (Bônus 3)

O — OBSERVADO

_____ — Em VNI com _____ conforme orientação da fisioterapia/prescrição.

F — FEITO

Pele da face protegida com _____; fixação ajustada.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

_____; SpO_2 ____%, FR ____ irpm; pele sem lesões.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

_____.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Tolerância e condição da pele da face.

ERRO COMUM

Esquecer a proteção da pele (lesão por dispositivo).

COMUNIQUE SE

Intolerância, vômito ou piora.

Modelo editável. Preencha com os dados reais do seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

EDITÁVEL 178

DESCONFORTO RESPIRATÓRIO

Tiragem e saturação baixa mesmo com oxigênio

09 / CUIDADOS RESPIRATÓRIOS



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

FR · SpO_2 · O_2

REFERÊNCIA RÁPIDA

Sinais de alerta (Bônus 1)

O — OBSERVADO

_____ — Paciente refere falta de ar; _____, SpO_2 ____% com O_2 a ____.

F — FEITO

Cabeceira elevada a 45°.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

_____.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Enfermeiro(a) e médico(a) comunicados às ____.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Sinais de esforço respiratório observados.

ERRO COMUM

Aumentar o oxigênio sem orientação.

COMUNIQUE SE

Sempre.

Modelo editável. Preencha com os dados reais do seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

EDITÁVEL 179

PADRÃO RESPIRATÓRIO: AVALIAÇÃO DO ENFERMEIRO

Tosse produtiva e roncos em bases

09 / CUIDADOS RESPIRATÓRIOS



QUEM REGISTRA

Evolução · enfermeiro

SIGLAS DESTE REGISTRO

SpO_2 · O_2

REFERÊNCIA RÁPIDA

Saturação e alvo de O_2 (Bônus 1)

S SUBJETIVO

_____ — Paciente refere _____.

O OBSERVADO

_____; ausculta _____; SpO_2 ____% com O_2 a ____.

A AVALIAÇÃO

Diagnóstico: _____.

P PLANO

_____.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Aspecto da secreção e ausculta.

ERRO COMUM

Plano sem metas de oxigenação.

COMUNIQUE SE

Piora da saturação ou febre.

Modelo editável. Preencha com os dados reais do seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

EDITÁVEL 180

ADMISSÃO DE PUÉRPERA

Pós-parto normal em alojamento conjunto

10 / MATERNIDADE E PEDIATRIA



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

PN parto normal · AC alojamento conjunto · RN

REFERÊNCIA RÁPIDA

Orientações de alta mãe e bebê (extra)

O — OBSERVADO

_____ — Puérpera recebida em _____, _____, com RN _____. Útero _____. Lóquios _____. Períneo _____.

F — FEITO

SSVV: _____. Orientada sobre _____.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

_____.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

_____.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Útero, lóquios e períneo.

ERRO COMUM

Não descrever a quantidade dos lóquios.

COMUNIQUE SE

Sangramento aumentado, útero amolecido ou febre.

Modelo editável. Preencha com os dados reais do seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

EDITÁVEL 181

PÓS-PARTO CESÁREA

1º dia de pós-operatório, amamentando bem

10 / MATERNIDADE E PEDIATRIA



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

PO · SVD

REFERÊNCIA RÁPIDA

Orientação de alta nº 20 (extra)

O — OBSERVADO

_____ — _____ PO de cesárea; dor _____ em incisão; curativo _____; lóquios _____.

F — FEITO

SVD retirada às _____ conforme prescrição.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

Diurese espontânea às _____; amamentação _____.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

_____.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Primeira diurese após retirar a sonda.

ERRO COMUM

Não registrar a dor.

COMUNIQUE SE

Sangramento, febre ou retenção urinária.

Modelo editável. Preencha com os dados reais do seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

EDITÁVEL 182

AVALIAÇÃO DA PUÉRPERA

Amamentação eficaz e involução uterina adequada

10 / MATERNIDADE E PEDIATRIA



QUEM REGISTRA

Evolução · enfermeiro

SIGLAS DESTE REGISTRO

AC alojamento conjunto · PN parto normal

REFERÊNCIA RÁPIDA

Orientações de alta mãe e bebê (extra)

S SUBJETIVO

_____ — Puérpera refere _____.

O OBSERVADO

_____ dia pós-parto _____; mamas _____; amamentação _____; útero _____; lóquios _____; eliminações _____.

A AVALIAÇÃO

Diagnósticos: _____; _____.

P PLANO

_____.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Mamilos e pega, além do útero e lóquios.

ERRO COMUM

Avaliar só o bebê ou só a mãe.

COMUNIQUE SE

Fissuras, mastite ou tristeza intensa.

Modelo editável. Preencha com os dados reais do seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

EDITÁVEL 183

CUIDADOS COM O RECÉM-NASCIDO

RN ativo, coto seco, sugando bem

10 / MATERNIDADE E PEDIATRIA



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

RN · T · FC · FR

REFERÊNCIA RÁPIDA

Valores na criança (Bônus 1)

O OBSERVADO

_____ — RN _____. T _____ °C, FC _____ bpm, FR _____ irpm.

F FEITO

Higiene do coto umbilical com _____ conforme rotina.

R RESPOSTA DO PACIENTE

Coto _____; _____; sugando _____.

C COMUNICADO E PENDÊNCIAS

_____.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Eliminações e alimentação.

ERRO COMUM

Esquecer de registrar as eliminações.

COMUNIQUE SE

Gemência, hipotermia ou recusa de mamar.

Modelo editável. Preencha com os dados reais do seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

EDITÁVEL 184

ICTERÍCIA NEONATAL

Pele amarelada até o tórax

10 / MATERNIDADE E PEDIATRIA



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

RN · BT bilirrubina total

REFERÊNCIA RÁPIDA

Orientação de alta nº 40 (extra)

O OBSERVADO

_____ — Icterícia _____ no RN.

F FEITO

_____.

R RESPOSTA DO PACIENTE

RN _____.

C COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Enfermeiro(a) e pediatra comunicados às _____.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Até onde vai o amarelo (rosto, tórax, abdome, pernas).

ERRO COMUM

Escrever "ictérico" sem extensão.

COMUNIQUE SE

Icterícia nas primeiras 24 h ou avançando para pernas.

Modelo editável. Preencha com os dados reais do seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

EDITÁVEL 185

CRIANÇA INTERNADA: ROTINA

Criança ativa com a mãe, boa aceitação

10 / MATERNIDADE E PEDIATRIA



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

T · FC

REFERÊNCIA RÁPIDA

Valores na criança (Bônus 1)

O OBSERVADO

_____ — Criança _____, acompanhada pela _____. T _____ °C, FC _____ bpm.

F FEITO

_____.

R RESPOSTA DO PACIENTE

Aceitou _____; diurese _____.

C COMUNICADO E PENDÊNCIAS

_____.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Aceitação e eliminações.

ERRO COMUM

Grade abaixada com criança no leito.

COMUNIQUE SE

Prostração, recusa alimentar ou febre.

Modelo editável. Preencha com os dados reais do seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

EDITÁVEL 186

FEBRE EM CRIANÇA

Antitérmico por peso e reavaliação

10 / MATERNIDADE E PEDIATRIA



O OBSERVADO

____ — Criança com T ____ °C, ____.

F FEITO

Administrado _____ conforme prescrição às ____; mãe orientada sobre roupas leves.

R RESPOSTA DO PACIENTE

____ — T ____ °C.

C COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Enfermeiro(a) ____ comunicado(a).

QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

T · VO

REFERÊNCIA RÁPIDA

Dose por peso (extra Cálculo)

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Peso usado na dose prescrita.

ERRO COMUM

Dose diferente da prescrição.

COMUNIQUE SE

Convulsão, manchas na pele ou gemência.

Modelo editável. Preencha com os dados reais do seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

EDITÁVEL 187

CRIANÇA: AVALIAÇÃO DO ENFERMEIRO

Bronquiolite em melhora

10 / MATERNIDADE E PEDIATRIA



QUEM REGISTRA

Evolução · enfermeiro

SIGLAS DESTE REGISTRO

FR · SpO_2

REFERÊNCIA RÁPIDA

Valores na criança (Bônus 1)

S — SUBJETIVO

_____ — Mãe relata _____.

O — OBSERVADO

_____, _____ dia por _____; _____; FR _____ irpm, SpO_2 _____% em ar ambiente, _____; diurese _____.

A — AVALIAÇÃO

Diagnóstico: _____.

P — PLANO

_____.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Use os valores de referência da idade.

ERRO COMUM

Comparar com valores de adulto.

COMUNIQUE SE

Tiragem, gemência ou queda da saturação.

Modelo editável. Preencha com os dados reais do seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

EDITÁVEL 188

AGITAÇÃO PSICOMOTORA

Paciente desorientado tentando sair do leito

11 / COMPORTAMENTO E SEGURANÇA



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

MMSS membros superiores

REFERÊNCIA RÁPIDA

Comportamento (cap. 11)

O — OBSERVADO

_____ — Paciente _____, _____.

F — FEITO

Abordagem verbal calma, reorientação, ambiente com pouca luz e ruído; grades elevadas.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

_____.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Enfermeiro(a) _____ e médico(a) _____ comunicados às _____.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Descreva o comportamento, não rotule.

ERRO COMUM

"Paciente agressivo" sem descrever o que aconteceu.

COMUNIQUE SE

Risco para si ou para outros.

Modelo editável. Preencha com os dados reais do seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

EDITÁVEL 189

CONTENÇÃO MECÂNICA

Último recurso, com prescrição e reavaliações

11 / COMPORTAMENTO E SEGURANÇA



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

MMSS membros superiores · PM prescrição médica

REFERÊNCIA RÁPIDA

Guia do Prontuário (extra)

O — OBSERVADO

_____ — Após medidas de desescalada sem êxito, risco imediato de dano: _____.

F — FEITO

Contenção em _____ conforme prescrição e protocolo, sob supervisão de _____; registrados tipo, segmentos, início e motivo.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

Reavaliações a cada _____: _____.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Retirada assim que cessar a indicação: _____.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Motivo, prescrição, segmentos e cada reavaliação com horário.

ERRO COMUM

Conter sem prescrição ou sem reavaliar.

COMUNIQUE SE

Alteração de perfusão ou da respiração.

Modelo editável. Preencha com os dados reais do seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

EDITÁVEL 190

CONFUSÃO AGUDA (DELIRIUM)

Idoso com piora no fim da tarde

11 / COMPORTAMENTO E SEGURANÇA



QUEM REGISTRA

Evolução · enfermeiro

SIGLAS DESTE REGISTRO

GCS · SN

REFERÊNCIA RÁPIDA

Glasgow (Bônus 2)

S SUBJETIVO

_____ — Acompanhante relata _____.

O OBSERVADO

_____; dia _____.

A AVALIAÇÃO

Diagnóstico: _____.

P PLANO

_____.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Horário em que a confusão aparece.

ERRO COMUM

Tratar como "teimosia".

COMUNIQUE SE

Agitação com risco ou piora súbita.

Modelo editável. Preencha com os dados reais do seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

EDITÁVEL 191

RISCO DE AUTOAGRESSÃO: OBSERVAÇÃO

Observação contínua e ambiente seguro

11 / COMPORTAMENTO E SEGURANÇA



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

CAPS (rede de apoio)

REFERÊNCIA RÁPIDA

Guia do Prontuário: falas entre aspas (extra)

O — OBSERVADO

_____ — Paciente _____. Às _____ relatou: "_____".

F — FEITO

Observação _____ conforme orientação; retirados do quarto _____.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

_____.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Enfermeiro(a) _____ comunicado(a) sobre a fala às _____.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

A fala exata do paciente entre aspas.

ERRO COMUM

Interpretar em vez de registrar a fala.

COMUNIQUE SE

Imediatamente, qualquer fala ou ato de risco.

Modelo editável. Preencha com os dados reais do seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

EDITÁVEL 192

EVASÃO

Paciente não encontrado no setor

11 / COMPORTAMENTO E SEGURANÇA



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

AVP

REFERÊNCIA RÁPIDA

Guia do Prontuário (extra)

O — OBSERVADO

_____ — Paciente não encontrado(a) no leito nem nas dependências do setor; visto(a) pela última vez às _____.

F — FEITO

Busca no setor; _____.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

Busca sem sucesso até _____.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Enfermeiro(a), segurança e médico(a) comunicados às _____.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Último horário em que foi visto.

ERRO COMUM

Demorar a comunicar.

COMUNIQUE SE

Imediatamente.

Modelo editável. Preencha com os dados reais do seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

EDITÁVEL 193

ACOMPANHANTE EM CONFLITO

Questionamento em tom elevado sobre a medicação

11 / COMPORTAMENTO E SEGURANÇA



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

PM prescrição médica

REFERÊNCIA RÁPIDA

Guia do Prontuário (extra)

O — OBSERVADO

_____ — Acompanhante _____ questionou _____ em tom elevado.

F — FEITO

Orientações sobre _____.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

_____.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Enfermeiro(a) _____ conversou com a acompanhante às _____.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Fatos e falas, sem adjetivos.

ERRO COMUM

Registrar opinião sobre a família.

COMUNIQUE SE

Ameaças ou risco à equipe ou ao paciente.

Modelo editável. Preencha com os dados reais do seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

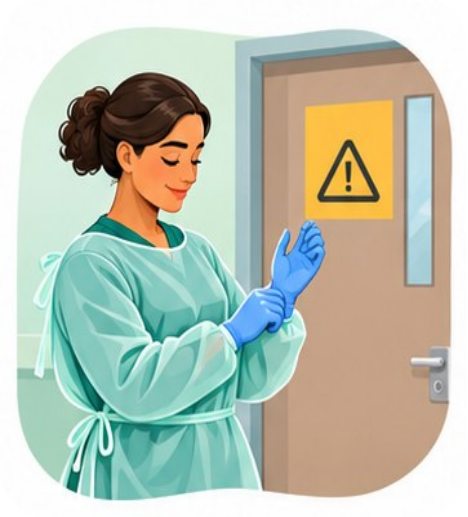
Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

EDITÁVEL 194

ISOLAMENTO DE CONTATO

Precaução de contato sinalizada

11 / COMPORTAMENTO E SEGURANÇA



O OBSERVADO

_____ — Paciente em precaução de _____ conforme sinalização.

F FEITO

Usados _____ em todos os cuidados; materiais de uso exclusivo no quarto.

R RESPOSTA DO PACIENTE

_____.

C COMUNICADO E PENDÊNCIAS

_____.

QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

EPI

REFERÊNCIA RÁPIDA

Siglas (Bônus 4)

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Tipo de precaução e orientações dadas.

ERRO COMUM

Entrar sem EPI "só para falar rapidinho".

COMUNIQUE SE

Falta de EPI ou de sinalização.

Modelo editável. Preencha com os dados reais do seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

EDITÁVEL 195

ÓBITO

Constatação, família e preparo do corpo

12 / SITUAÇÕES ESPECIAIS



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

DO declaração de óbito

REFERÊNCIA RÁPIDA

Checklist de óbito (Bônus 5)

O — OBSERVADO

_____ — Paciente evoluiu com _____.

F — FEITO

Óbito constatado pelo(a) médico(a) _____ às _____. Preparo do corpo conforme rotina: dispositivos retirados conforme protocolo, higiene, identificação.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

Pertences entregues a _____.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Família (_____) comunicada pelo(a) médico(a) às _____. Corpo encaminhado ao _____ às _____.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Quem constatou e a que horas.

ERRO COMUM

Esquecer de registrar os pertences.

COMUNIQUE SE

Pertences sem destinatário ou família não localizada.

Modelo editável. Preencha com os dados reais do seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

EDITÁVEL 196

ÓBITO: REGISTRO DO ENFERMEIRO

Paciente em cuidados paliativos, família acolhida

12 / SITUAÇÕES ESPECIAIS



QUEM REGISTRA

Evolução · enfermeiro

SIGLAS DESTE REGISTRO

DO declaração de óbito

REFERÊNCIA RÁPIDA

Checklist de óbito (Bônus 5)

S — SUBJETIVO

_____ — Família presente _____.

O — OBSERVADO

Paciente em cuidados _____, evoluiu com _____ às _____; óbito constatado pelo(a) médico(a) às _____.

A — AVALIAÇÃO

_____.

P — PLANO

_____.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Acolhimento oferecido à família.

ERRO COMUM

Registro só técnico, sem o cuidado com a família.

COMUNIQUE SE

Família sem suporte ou com pedido de apoio religioso/psicológico.

Modelo editável. Preencha com os dados reais do seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

EDITÁVEL 197

RECUSA DE PROCEDIMENTO

Recusa de coleta de exames

12 / SITUAÇÕES ESPECIAIS



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

TCLE termo de consentimento

REFERÊNCIA RÁPIDA

Guia do Prontuário (extra)

O — OBSERVADO

____ — Paciente recusa _____, referindo "_____".

F — FEITO

Orientado(a) sobre a finalidade.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

Mantém a recusa.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Enfermeiro(a) e médico(a) comunicados às ____.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Fala, orientação e comunicação.

ERRO COMUM

Não registrar e o exame "sumir".

COMUNIQUE SE

Sempre.

Modelo editável. Preencha com os dados reais do seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

EDITÁVEL 198

CUIDADOS PALIATIVOS: CONFORTO

Higiene oral e reposicionamento para conforto

12 / SITUAÇÕES ESPECIAIS



O OBSERVADO

_____ — Paciente _____; família presente.

F FEITO

Higiene oral com _____, hidratação labial e mudança de decúbito para conforto.

R RESPOSTA DO PACIENTE

_____.

C COMUNICADO E PENDÊNCIAS

_____.

QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

CP cuidados paliativos

REFERÊNCIA RÁPIDA

Avaliação da dor em quem não fala (Bônus 2)

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Sinais de conforto ou desconforto observados.

ERRO COMUM

Esquecer a avaliação da dor em quem não fala.

COMUNIQUE SE

Sinais de dor, falta de ar ou agitação.

Modelo editável. Preencha com os dados reais do seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

EDITÁVEL 199

PASSAGEM DE PLANTÃO

Pendências de 5 pacientes passadas com nome e horário

12 / SITUAÇÕES ESPECIAIS



QUEM REGISTRA

Anotação · equipe de enfermagem

SIGLAS DESTE REGISTRO

SBAR

REFERÊNCIA RÁPIDA

Passagem de plantão SBAR (Bônus 5)

O — OBSERVADO

_____ — Fim do plantão com _____ pacientes sob cuidado.

F — FEITO

Plantão passado a _____.

R — RESPOSTA DO PACIENTE

Pendências: _____.

C — COMUNICADO E PENDÊNCIAS

Dúvidas esclarecidas à beira do leito.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Nome de quem recebeu e as pendências.

ERRO COMUM

"Plantão passado" sem pendências.

COMUNIQUE SE

Pendência crítica sem responsável definido.

Modelo editável. Preencha com os dados reais do seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

EDITÁVEL 200

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM DIÁRIA COMPLETA

Insuficiência cardíaca no 3º dia de internação

12 / SITUAÇÕES ESPECIAIS



QUEM REGISTRA

Evolução · enfermeiro

SIGLAS DESTE REGISTRO

DIH dia de internação · ICC · MMII

REFERÊNCIA RÁPIDA

Escalas (Bônus 2)

S — SUBJETIVO

____ — Paciente refere _____; _____.

O — OBSERVADO

____ DIH por _____. GCS ____; _____; ausculta _____; PA ____ mmHg, FC ____ bpm, T ____ °C; _____; dieta _____; diurese _____. Braden ____, Morse ____.

A — AVALIAÇÃO

Diagnósticos: _____.

P — PLANO

_____.

INFORMAÇÕES-CHAVE

NO PRONTUÁRIO

Exame por sistemas, escalas, diagnósticos e plano.

ERRO COMUM

Copiar a evolução de ontem.

COMUNIQUE SE

Ganho de peso rápido ou piora respiratória.

Modelo editável. Preencha com os dados reais do seu paciente e registre só o que foi observado e feito.

Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.

O CUIDADO REAL GUIA O REGISTRO.



Material de apoio para registro de enfermagem. Não substitui os protocolos da instituição, a prescrição nem o julgamento do profissional. Todo registro deve refletir o cuidado realmente prestado ao paciente.