



FICHA PERMANENTE DO ENFERMEIRO UTI COVID

NOME: _____ DN: / / IDADE: /
DIAGNOSTICO INICIAL: _____ / LEITO: _____

DATA:							
DIAS DE INTERNAÇÃO							
DISPOSITIVOS INVASIVOS							
SNE _/_							
SNG _/_							
GTT _/_							
TOT _/_							
TQT _/_							
C. HD _/_							
C. PAM _/_							
C.PERIFERICO _/_							
C.PROFUNDO _/_							
CVD _/_							
HV; ML/H							
DRENO _/_							
DRENAGEM							
CONTROLE DAS INFUSÕES							
AMINA; ML/H							
AMINA; ML/H							
AMINA; ML/H							
SEDAÇÃO; ML/H							
SEDAÇÃO; ML/H							
ATB: TEMPO							
ATB: TEMPO							
ATB: TEMPO							
DIETA VASÃO							
RESÍDUO GÁSTRICO							
DATA DA ULTIMA EVACUAÇÃO							
ESCALA BRADEN							
ESCALA BPS							
RISCO DE QUEDA							
TIPO DE PRECAUÇÃO							
OUTROS:							
CONTROLE DE BALANÇO HÍDRICO							
FEZ FEBRE							
ESCAPE GLICÊMICO TOTAL							
BH DAS 24 HORAS							
BH ACUMULADO							
OUTROS							
IMPORTANTE							
EXAMES REALIZADOS							
EXAMES PENDENTES							
EXAMES AGENDADOS							
DATA / HORA							
CULTURAS:							