



FICHA PERMANENTE DO ENFERMEIRO /UTI HMMMJ

NOME: _____

DN: _____

IDADE: _____

DIAGNOSTICO INICIAL: _____

/ LEITO: _____

DATA:							
DIAS DE INTERNAÇÃO UTI							
DISPOSITIVOS INVASIVOS							
SNE							
SNC /							
GTT /							
TOT -							
TQT							
C. HD							
C. PAM /							
C. PERIFÉRICO -							
C PROFUNDO							
CVD -							
HV; ML/H							
DRENO							
DRENAGEM							
CONTROLE DAS INFUSÕES							
AMINA; ML/H							
AMINA; ML/H							
AMINA; ML/H							
SEDAÇÃO:							
SEDAÇÃO;							
ATB: TEMPO-							
ATB: TEMPO-							
ATB: TEMPO							
DIETA VASAO							
RESÍDUO GÁSTRICO							
DATA ULTIMA EVACUAÇÃO							
ESCALA BRADEN							
ESCALA EVA							
RISCO DE QUEDA							
TIPO DE PRECAUÇÃO							
DIURESE DAS 24 HORAS							
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:							