



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DO VALE DO RIO PRETO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MATERNIDADE SANTA THERESINHA



EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

NOME: _____ DATA: _____

IDADE: _____ DIAGNÓSTICO: _____

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

LÚCIDO () () DESORIENTADO () () TORPOROSO () () COMATOSO () () AGITADO () ()

AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA

| | | |
|--------------------------|---------------------|----------------------|
| MACRONEBULIZAÇÃO () () | AR=MUA C/RA () () | SIBILOS () () |
| CATETER ÓCULOS () () | RONCOS () () | ENTUBADO () () |
| AMBIENTE () () | ESTERTORES () () | AR=MUA S/R A () () |

AVALIAÇÃO DIGESTIVA

ABDOMEN:

PLANO () () ESCAVADO () () GLOBOSO () () DISTENDIDO () () FLÁCIDO () ()

PALPAÇÃO: INDOLOR () () DOLOROSO () () **PERISTALSE:** PRESENTE () () DIMINUÍDA () ()

DIETA: VIA ORAL () () ZERO () () **FUNÇÃO INTESTINAL:** PRESENTE () () AUSENTE () ()

AVALIAÇÃO RENAL:

DIURESE: ESPONTÂNEA () () Sonda vesical de demora () ()

ASPECTO: AMBAR () () CITRINA () () COLÚRIA () () HEMATÚRIA () ()

AVALIAÇÃO HEMODINÂMICA:

| | |
|---------------------|---|
| ESTÁVEL () () | AVALIAÇÃO DA DOR _____/ESCALA VISUAL ANALÓGICA |
| INSTÁVEL () () | NORMOTENSO () () HIPERTENSO () () HIPOTENSO () () |
| NORMOCÁRDIO () () | TAQUICÁRDIO () () BRADICÁRDIO () () |
| FEBRIL () () | FEBRIL () () SAT 02 () () |

INTEGRIDADE DA PELE

ÍNTEGRO () () ÚLCERA DE PRESSÃO () () SAÍDA DE SECREÇÃO () ()

LOCAL: _____ ESTÁGIO: _____ SAÍDA DE SECREÇÃO: _____

DESCRIÇÃO: _____

ACESSOS: ACESSO PERIFÉRICO () () JELCO _____ COM FLOGOSE () () SEM FLOGOSE () ()

MEMBROS SUPERIORES: LIVRES () () EDEMACIADOS () () + _____

MEMBROS INFERIORES: LIVRES () () EDEMACIADOS () () + _____

OBSERVAÇÕES: _____

