



1 IDENTIFICAÇÃO		
NOME	N.º DO PRONTUÁRIO	DATA DA ADMISSÃO
Flávio Portes dos Santos		14/02/24
2 PERFIL SOCIOECONÔMICO		
GRAU DE INSTRUÇÃO	ESTADO CIVIL	N.º FILHOS
MORADIA <input checked="" type="checkbox"/> ALVENARIA <input type="checkbox"/> MADEIRA <input type="checkbox"/> LONA <input type="checkbox"/> PAU A PIQUE	SANEAMENTO BÁSICO <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM	
POSSUI ANIMAIS DOMÉSTICOS? <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM. QUANTOS?		QUAIS?
3 LISTA DE PROBLEMAS / MOTIVO DE INCLUSÃO		
<p>Paciente egresso da UPA Centro Sul, com, digo, onde foi diagnosticado com traqueíte e covid 19. De acordo com familiares paciente desde sexta apresentou piora da dor e mucosão, apresentou febre sábado e domingo. Na segunda foi a UPA Centro Sul, realizado RL + ex e iniciado cetirizina para traqueíte, encaminhado ao Emad para término do ATB. RT covid positivo.</p> <p>Avaliação: irmão relata que paciente está em aparente melhora, expectorando mucosão amarelada, necessidade de aspirações 1x dia, pouco de raios de sangue. Totalmente dependente pl AVD's. TAT e GTT.</p>		
4 COMORBIDADES		
<input checked="" type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> IAM / DAC <input type="checkbox"/> SEQUELA AVC <input type="checkbox"/> ICC <input type="checkbox"/> DPOC <input type="checkbox"/> TVP <input type="checkbox"/> TEP <input type="checkbox"/> DEMÊNCIA <input type="checkbox"/> DOENÇA DE PARKINSON <input type="checkbox"/> DESNUTRIÇÃO <input type="checkbox"/> ANEMIA <input type="checkbox"/> NEOPLASIA <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> USO DE INSULINA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> OUTROS: <i>sequela TCE</i>		
5 ALERGIAS		
<input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM. ESPECIFICAR:		
6 HÁBITOS PESSOAIS		
TABAGISMO <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM. N.º DE CIGARROS / DIA:		ETILISMO <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SOCIAL <input type="checkbox"/> ALCOOLISMO
7 FUNÇÕES		
7.1 VISÃO <input type="checkbox"/> PRESERVADA <input type="checkbox"/> ALTERADA. ESPECIFICAR: <i>mais avaliada</i>		USO DE LENTES CORRETIVAS <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM
7.2 AUDIÇÃO <input type="checkbox"/> PRESERVADA <input type="checkbox"/> ALTERADA. ESPECIFICAR:		USO DE PRÓTESES AUDITIVAS <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM
7.3 LINGUAGEM CONSEGUE COMUNICAR-SE (VERBAL / NÃO VERBAL) <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM. ESPECIFICAR:		
7.4 CARDIOVASCULAR DOR TORÁCICA <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM. ESPECIFICAR:		
PRESENÇA DE PALPITAÇÃO <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM		USO DE MARCA-PASSO <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM
7.5 RESPIRATÓRIA		
TOSSE: <input checked="" type="checkbox"/> EFICAZ <input type="checkbox"/> INEFICAZ <input checked="" type="checkbox"/> PRODUTIVA <input type="checkbox"/> IMPRODUTIVA <input type="checkbox"/> AGUDA <input type="checkbox"/> CRÔNICA		NECESSIDADE DE ASPIRAÇÃO <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> SIM
DISPNEIA <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM. <input type="checkbox"/> ESFORÇOS MAIORES <input type="checkbox"/> HABITUAIS <input type="checkbox"/> MÍNIMOS <input type="checkbox"/> REPOUSO		<i>1x dia</i>
OXIGENOTERAPIA / TQT / CPAP / BIPAP <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM. ESPECIFICAR:		

7.6 DIGESTIVA

ALIMENTAÇÃO ORAL ENTERAL POR SNE ENTERAL POR GASTROSTOMIA OU JUNOSTOMIA DISFAGIA / ENGASGOS NÃO SIM

PRÓTESE DENTÁRIA NÃO SIM COLOSTOMIA / ILEOSTOMIA NÃO SIM CONTISPAÇÃO / DIARREIA NÃO SIM

USO DE LAXATIVOS / CLISTER / EXTRAÇÃO MANUAL NÃO SIM. ESPECIFICAR:

7.7 URINÁRIA INCONTINÊNCIA URINÁRIA NÃO SIM ITU RECORRENTE NÃO SIM. N.º DE EPISÓDIOS / ANO:

USO DE FRALDA / COLETOR / CATETERISMO INTERMITENTE / SVD NÃO SIM. ESPECIFICAR:

7.8 SONO SATISFATÓRIO NÃO SIM **7.9 HUMOR** ANSIEDADE / DEPRESSÃO / OUTROS NÃO SIM

7.10 COGNIÇÃO PRESENÇA DE ESQUECIMENTO NÃO SIM TEMPO DE OCORRÊNCIA:

ESTADO MENTAL USUAL ORIENTADO DESORIENTADO, OBEDECE A INSTRUÇÕES SIMPLES DESORIENTADO, NÃO OBEDECE A INSTRUÇÕES SIMPLES NÃO MANTÉM

7.11 DOR NÃO SIM. LOCALIZAÇÃO: TEMPO DE OCORRÊNCIA:

7.12 MOBILIDADE LOCOMOÇÃO SOZINHO AJUDA HUMANA AJUDA DE DISPOSITIVO IMOBILIDADE COMPLETA

HISTÓRIA DE QUEDAS - MAIS DE 3 EPISÓDIOS / ANO NÃO SIM HISTÓRIA DE FRATURA NÃO SIM. LOCAL:

AMPUTAÇÃO NÃO SIM. LOCAL: PRESENÇA DE PRÓTESE NÃO SIM. LOCAL:

8 MEDICAÇÕES DE USO CRÔNICO

MEDICAÇÃO	POSOLOGIA	MEDICAÇÃO	POSOLOGIA
losartana	25mg MID		
aceticortina	600mg MID		

9 EXAME FÍSICO

9.1 DADOS VITAIS

PA: 120/76 mmHg GLICEMIA CAPILAR: - mg/dl

FC: 94 bpm Tax.: 36.3 °C

FR: 18 irpm SatO2: 90-92% AA %

9.2 NÍVEL DE CONSCIÊNCIA ALERTA OBNUBILADO TORPOROSO COMATOSO

9.3 RESPIRATÓRIO MURMÚRIO VESICULAR FISIOLÓGICO NÃO SIM ESFORÇO RESPIRATÓRIO NÃO SIM

RONCOS / SIBILOS / CREPITAÇÕES NÃO SIM. ESPECIFICAR: roncos discretos à D e à E RITMO RESPIRATÓRIO REGULAR IRREGULAR

9.4 CARDIOVASCULAR BULHAS NORMOFONÉTICAS HIPOFONÉTICAS HIPERFONÉTICAS RITMO REGULAR IRREGULAR

SOPRO NÃO SIM. ESPECIFICAR: EDEMA NÃO SIM. LOCAL:

9.5 DIGESTIVO ABDOME NORMOTENSO SINAIS DE DEFESA / DISTENSÃO DOR HIGIENE ORAL PRESERVADO ALTERADO

HEPATOMEGALIA / ESPLENOMEGALIA / MASSAS NÃO SIM. ESPECIFICAR:

9.6 LOCOMOTOR FORÇA MUSCULAR PRESERVADA ALTERADA

DEFORMIDADES NÃO SIM. ESPECIFICAR:

MARCHA PRESERVADA ALTERADA. ESPECIFICAR:

9.7 TEGUMENTAR PELE SECA NÃO SIM ICTÉRICO NÃO SIM

HIPOCORADO NÃO SIM DESIDRATADO NÃO SIM

PRESENÇA DE LESÕES NÃO SIM. LOCALIZAÇÃO: sacral - grau I -

ETIOLOGIA DAS LESÕES ÚLCERA POR PRESSÃO ÚLCERA ARTERIOSCLERÓTICA ÚLCERA POR ESTASE QUEIMADURA ERISPELA COM FERIMENTO ÚLCERA NEUOTRÓFICA OUTROS:

OBS.: SE PACIENTE PORTADOR DE FERIDA, CLASSIFICAR E SEGUIR "PROTÓCOLO DE ASSISTÊNCIA AOS PORTADORES DE FERIDAS", ESTABELECIDO PELA SMSA / BH.

DATA: 14/02/24

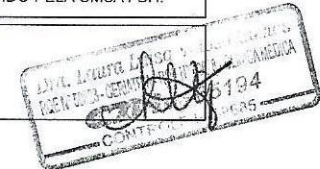
ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL - EMAD

* Realizado exame de 29 sem intercorrências.

* Oriento manter aceticortina por ora.

* Oriento sobre quadro e se sinais de piora procurar PA.

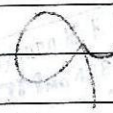

* Oriento cuidados com mãos lavadas - acompanhante.





NOME FLAVIO PORTES DOS SANTOS	Nº DO PRONTUÁRIO
----------------------------------	------------------

01 DESCRIÇÃO DO ATENDIMENTO

DATA/HORA	DESCRIÇÃO DO ATENDIMENTO
15/02/24	VISITA DOMICILIAR
09:40	# MARCATE D3 CERTIFICADO
	PACIENTE MONITORADO DEPOIS DA ADM, INICIALMENTE ESTABELECEU CLÍNICA, DESDE AÍ OS CÂMPUS 434, POUCO SE CLETO, SEM MUITO RESPOSTAS EM PROGRESSO INEF. QUANTO EM ALGUNS CASOS E. NUNCA ENTÃO SE CTT
	PA 1006mmHg
	AXILAR 37,2°C FC: 80bpm
	SA 92 + S/D CÂMPUS 53: 23/20
	ACE 0300004100 01174
	CD - FEIN CERTIFICADO 20 (ACERVO REIMB.)
	- COMUNICAÇÃO ANTERIOR 2021.
	
10:30H	DISCUTINDO COM O ALUNO RESPOSTAS PARA O PACIENTE LIGADO E OPERADOR POR TAMBÉM 2023. PACIENTE COMUM QUE POR TAMBÉM E ALGUNS RESPOSTAS MUITO BOM COM AMPLITUDE
	



NOME: Flávio Foches dos Santos Nº DO PRONTUÁRIO:

01 DESCRIÇÃO DO ATENDIMENTO

Table with 2 columns: DATA / HORA and DESCRIÇÃO DO ATENDIMENTO. The table is mostly empty with a large diagonal line drawn across it.

16/02/24 10:40h

Atendimento domiciliar com Flávio e Luciana. Comparamos ao domicilio após contato de ontem, relatando episódio de refluxo oral entre as 20:00h após administração do ATB/OTT, sem outras alterações. Continuamos Flávio no leite corrente, medicação feita sem alterações. Uvulita, PR suspensa, ruídos expiratórios auscultados pulmonares. Cuidadores relatam refluxo mais frequente pela TOI. Ref: Oriente administração de cloacina 9/18h pela OTT. Usar um nebulizador. Usar alarme de alarme. Fazer com mãe com a ENAD se necessário.

Roseli Silveira de Souza Enfermeira - COREN 12132