



DATA: ____/____/____ HORA: ____

NOME: _____

DATA DE NASCIMENTO: _____ LEITO: _____

DIAGNÓSTICO INTERNAÇÃO: _____

[illegible]

AVALIAÇÃO GENITOURINÁRIO

DIURESE		VOLUME		ASPECTO		VULVA PENIS BOLSA ESCROTAL	
	PRESENTE		ANURIA		CLARO		
	AUSENTE		DISURIA		AMBAR		
	ESPONTANEA		POLIURIA		CITRICO		
	C V D		INCONTINÊNCIA		HEMATURIA		EDEMA
	FRALDA		DIALISE		GRUMOS		LESÕES
	JONTEX				COLURIA		SECREÇÕES
	CITOSTOMIA				PIURIA		HEMATOMAS

AVALIAÇÃO INTESTINAL

FUNÇÃO		ASPECTO		ESTOMIA	
	PRESENTE		NORMAL		FECALOMA
	AUSENTE		LIQUIDA		ENTERORRAGIA
	DIAS		PASTOSA		MELENA
			ENDURECIDA		

AVALIAÇÃO DE MOBILIDADE

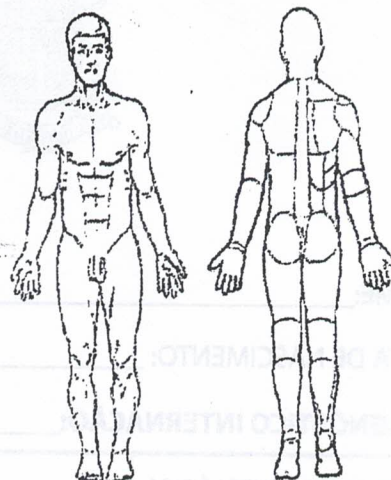
MMSS		PERFUSÃO CAP		MMII		PERFUSÃO CAP	
	EDEMA		NORMAL		EDEMA		NORMAL
	CACIFO		LENTIFICADO		CACIFO		LENTIFICADO
	HEMATOMA		AUSENTE		HEMATOMA		AUSENTE
	FLEBITE		PULSO PERIF		FLEBITE		PULSO PERIFÉRICO
	FRAG. CAPIL		PALPAVEL		FRAG. CAPIL		PALPAVEL
	OUTRO		FILIFORME		OUTRO		FILIFORME
SIST. SENSITIVO		TONICIDADE MÚSC		MOTRICIDADE		FORÇA MÚSC.	
	PARESTESIA		NORMAL		PRESERVADA		AUSENTE
	HIPERESTESIA		FLACIDO		ALTERADA		PRESERVADA
			RIGIDO		HEMIPLEGIA		ALTERADA
SENTADO FORA DO LEITO							

EXAMES REALIZADOS

	NA UTI		EXTERNO
	TC		EDA
	USG		COLONO
	ECOCARD		ECG
	RX		
	OUTRO, QUAL?		

AVALIAÇÃO ACESSO VASCULAR

DIRE	ESQ	PUNÇÃO	CARACTERÍSTICA
		PERIFERICO	LIMPO
		VSC	HEPEREMIA
		VJI	SECRETIVO
		FEMURAL	FIXADO
		CATETER HD	SOLTO
		PAM	DATADO



COBERTURA UTILIZADA:

[illegible]

QUANTOS DIAS:

[illegible]

REGISTRO DE OBSERVAÇÕES

Blank lined paper with horizontal ruling lines.