



Visita Multiprofissional

Nome do paciente:

Leito: \_\_\_\_\_

	Data: ___/___/___				
<b>Alarmes monitor ?</b>	padrão( ) individualizado( )				
<b>Alarmes VM?</b>	padrão( ) individualizado( )				
<b>Isolamento ? Álcool?</b>	sim( ) não( )				
<b>Estudo clinico?</b>	sim( ) não( )				
<b>Lesão de pele?</b>	sim( ) não( )				
<b>VAD?</b>	sim( ) não( )				
<b>Volume corrente?</b>	sim( ) não( )				
<b>Meta de sedação?</b>	RASS_____	RASS_____	RASS_____	RASS_____	RASS_____
<b>Sono adequado?</b>	RICHARDS_____ Medidas não farmacologica sim( ) não( )				
<b>Analgesia adequada?</b>	sim( ) não( )				
<b>Presença de delirium? / Contenção?</b>	sim( ) não( ) n.a.( )				
<b>Funcionalidade?</b>	passi( ) assit( ) ativa( ) sedes( ) ortos( ) deab( )	passi( ) assit( ) ativa( ) sedes( ) ortos( ) deab( )	passi( ) assit( ) ativa( ) sedes( ) ortos( ) deab( )	passi( ) assit( ) ativa( ) sedes( ) ortos( ) deab( )	passi( ) assit( ) ativa( ) sedes( ) ortos( ) deab( )
<b>Pressão de cuff?</b>	sim( ) não( )				
<b>Terapia com fono?</b>	sim( ) não( )				
<b>Meta calorica ? / Evacuação?</b>	sim( ) não( )				
<b>Profilaxia para TVP?</b>	sim( ) não( )				
<b>Profilaxia gástrica?</b>	sim( ) não( )				
<b>Prescrição médica?</b>	sim( ) não( )				
<b>Demanda psicologica ?</b>	sim( ) não( )				
<b>Demanda da odonto?</b>	sim( ) não( )				
<b>Retirar invasivos?</b>	não( ) SVD( ) cat( ) Tot( )				
<b>Eventos adversos?</b>	sim( ) não( )				
<b>Exame/procedimento ou CC?</b>	sim( ) não( )				
<b>Previsão alta da UTI?</b>	sim( ) não( )				