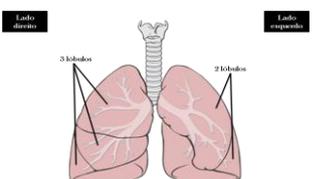
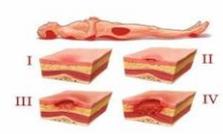


Rio PREFEITURA RIO SAUDE		Round Multiprofissional					
Data do Round: / /		Data de Nascimento: / /		Previsão de Alta: / /			
Nome: _____							
BAE: _____		Acesso Venoso		Data de Inserção		Precaução	
Diagnóstico		Periférico <input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/>		Contato <input type="checkbox"/>		Vaga Zero	
CID: _____		Profundo <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Respiratória <input type="checkbox"/>		Regulação solicitado em: / /	
Unidade: _____		PAM <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		HPP		Alergia	
Risco							
LPP <input type="checkbox"/>		Broncoaspiração <input type="checkbox"/>		Queda <input type="checkbox"/>		TVP <input type="checkbox"/> Infecção <input type="checkbox"/>	
Exames Solicitados		Lesão (Córnea / LPP)		Conduas LPP		Dispositivos Ventilatórios	
Rx: _____		Tc de: _____		Local: _____		Estágio: _____	
USG: _____		CAT: _____		Local: _____		Estágio: _____	
Parecer da: _____		Outros: _____		Local: _____		Estágio: _____	
Parecer SESO		SIM		NÃO		Parecer Nutrição	
Responsável Colaborativo						Meta Terapêutica	
Responsável Atuante						Recon. Medic. <input type="checkbox"/>	
Pac. Colaborativo com a rotina hospitalar						Legenda	
Paciente com vínculo na rede de atenção						SIM <input type="checkbox"/> J - Jugular	
						NÃO <input type="checkbox"/> S - Subclávia	
						F - Femural	
						R - Radial	
				<b>Características da Lesão</b> <b>Exsudato:</b> <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serosanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <b>Borda:</b> <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Irregular		<b>Estágio LPP</b> 	
<input type="checkbox"/> Fétido <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Leito da lesão:		<input type="checkbox"/> Coagulação <input type="checkbox"/> Liquefação					

Itens de Avaliação	Está Adequado			Observações	Conduas
	SIM	NÃO	N/A		
<b>F</b> eeding - Alimentação				<input type="checkbox"/> Dieta Zero <input type="checkbox"/> Via Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral	
<b>A</b> nalgesy - Analgesia					
<b>S</b> edation - Sedação				RASS: _____	
<b>T</b> hrombophylaxia - Tromboprofilaxia					
<b>H</b> ead Bed - Cabeceira Elevada				30° ou mais	
<b>U</b> lcer Prevention - Prevenção de Úlcera Gástrica					
<b>G</b> licemy - Controle Glicêmico				Último HGT: _____ às _____ Correção com Insulina Reg.? _____ UI em 24h	
<b>S</b> pontaneous Breathing Trial - Teste de Respiração Espontânea					
<b>B</b> owel Care - Cuidados Intestinais					
<b>I</b> ndwelling Catheter Removal - Remoção de cateter permanente				<input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> CVD <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> DRENO: _____	
<b>D</b> rug de-escalation - Descalonamento de Antibiótico					
<b>Assinatura Profissionais</b>					
Médico	Enfermeiro		SESO	Farmácia	Nutrição