

RESUMO DO PACIENTE

Nome do Paciente:	Data de Nascimento:
Quarto/Leito:	Data de Internacao:
Diagnostico Principal:	
Medico Responsavel:	Enfermeiro(a):

HISTORICO MEDICO

MEDICAMENTOS ATUAIS

ALERGIAS

CODIGO DE REANIMACAO

☐ Reanimacao Completa
 ☐ Nao Reanimar
 ☐ Nao Intubar
 ☐ Nao Reanimar/Intubar
 ☐ Apenas Conforto

DIRETIVA ANTECIPADA / TESTAMENTO VITAL

☐ Sim
 ☐ Nao
 Local:

Representante de Saude: Telefone:

DESEJOS EXPRESSOS DO PACIENTE

REGISTRO DIARIO

Data: _____ Medico Responsavel: _____ Enfermeiro(a): _____
 Turno: ☐ Dia ☐ Tarde ☐ Noite

PLANO DO DIA (conforme equipe medica)

MUDANCAS HOJE (medicamentos, procedimentos, status)

PERGUNTAS FEITAS

Pergunta: _____	Resposta recebida: _____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

MINHAS OBSERVACOES

NAO RESOLVIDO / ACOMPANHAMENTO
