

LISTA DE PREPARACAO PARA VISITAS DIARIAS

Data: _____

Nome do Paciente: _____

O QUE OBSERVEI DESDE A ULTIMA ATUALIZACAO

Estado de alerta, respiracao, dor, humor, cor da pele, algo diferente:

NUMEROS IMPORTANTES (marque a mudanca)

Dose de vasopressores

☐ Sobe☐ Desce☐ Igual

Oxigenio / Suporte ventilatoria

☐ Sobe☐ Desce☐ Igual

Producao de urina

☐ Sobe☐ Desce☐ Igual

Outro:

☐ Sobe☐ Desce☐ Igual**MINHA PERGUNTA MAIS IMPORTANTE PARA O MEDICO**

PERGUNTAS ADICIONAIS

PREOCUPACOES NAO RESOLVIDAS DE ONTEM

O QUE OUVI NA VISITA

PROXIMOS PASSOS

☐

☐

☐
