

HMMC – CTI ADULTO
EXAME FÍSICO PELO ENFERMEIRO

Serviço: SD () SN ()

Data: _____ Hora: _____

Nome: _____ Leito _____

Diagnóstico Médico: _____

Dias de CTI: _____ Escala de Braden na Admissão: _____

1. Avaliação Neurológica:

- Abertura Ocular: () Espontânea () Ordem verbal () A dor () Nenhuma

OBS: _____

- Resposta Verbal: () Orientado () Confuso () Palavras Inapropriadas () Sons incompreensíveis () Nenhuma

Interação com o meio: () Sim () Não Acompanha o examinador: () Sim () Não

Atende aos comandos simples () Sim () Não

OBS: _____

- Resposta Motora: () Obedece aos comandos
() Localiza a dor
() Flexão Normal / Retira membro à dor e ou flexão inespecífica
() Flexão anormal / Descorticação
() Extensão anormal / Descerebração
() Nenhuma

OBS: (Relatar Déficit motor) _____

- Glasgow: _____
- Pupilas: () Isocóricas () Anisocóricas () Mióticas () Midriáticas

Fotorreagentes () Sim () Não

OBS: _____

Sedação (analgesia):

Drogas _____ ml/h Drogas _____ ml/h

Drogas _____ ml/h Drogas _____ ml/h

Drogas _____ ml/h Drogas _____ ml/h

Ramsay: _____

- Outros Reflexos: _____

- 2. Cabeça / Pescoço:** () DVE _____ () PIC _____ () Drenos _____
() Colar cervical () Líquor (Aspecto) _____ OBS: _____

3. Suporte Ventilatório: () espontâneo () Máscara Hudson () Macronebulizador

- () TOT D _____ () TQT D _____

Respirador: _____

Parâmetros: _____

Fi O₂: _____ Sat O₂: _____

Secreção Traqueal: Quantidade _____ Aspecto _____

Ausculta pulmonar: _____

Dreno de tórax () D Aspecto _____

Dreno de tórax () E Aspecto _____

4. Parâmetros hemodinâmicos

- Ritmo cardíaco : () Regular () Irregular OBS: _____

Acesso Venoso:

Local	Dias	Local	Dias
Periférico ()D ()E	_____	Flebotomia-local ()D ()E	_____
Subclávia ()D ()E	_____	PAM	_____
Jugular ()D ()E	_____	Swan Ganz	_____
Femoral ()D ()E	_____	Marca Passo	_____

Drogas em uso:

Drogas _____ ml/h _____ Drogas _____ ml/h _____
Drogas _____ ml/h _____ Drogas _____ ml/h _____
Drogas _____ ml/h _____ Drogas _____ ml/h _____

- Diurese: () CV () Espontânea () Cistostomia () Alívio () Irrigação Contínua

Urina Aspecto : _____

- Diálise: Início _____ Término _____ Volume Retirado _____
Cateter _____ Local _____ D _____

5. Aparelho Digestório:

- Abdômen: Plano () Obeso () Tenso () Doloroso () Ascítico ()
Distendido () Escavado () Flácido () Indolor () OBS _____
- Peristalse: () Ausente () Presente () Débil () Aumentada
- Dieta : () Zero () SNG () SNE () GTT () NPT _____ ml/h
() Enteral () SOG () SOE () Jejunostomia
() Oral () Sifonagem ---- Aspecto: _____ --- Volume: _____
OBS: _____
- Última Evacuação : _____ --- Aspecto: _____

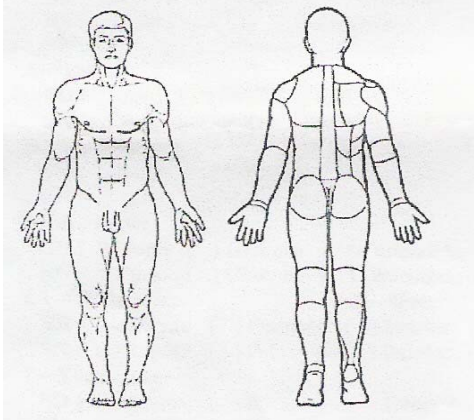
- 6. **Membros** (Relatar: edema, perfusão, pulsos, equimoses, hematomas, trações, fixações, coloração, imobilizações e lesões)
Superior: _____

Inferior: _____

7. Pele:

OBS: _____

Feridas/Lesões/Úlceras por pressão (U. P.):



<u>Tipo / Local</u>	<u>Aspecto</u>	<u>Soluções</u>

- 8. **Precauções:** () Contato () Aérea () Gotículas

Germe: _____ Cultura Local: _____

9. Nas últimas 24 horas

SV:

PA _____

FC _____

FR _____

Temp _____

HGT _____

Diurese _____

OBS _____

Assinatura do Enfermeiro: _____