



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS – UNIMONTES
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS DA SAÚDE – CCBS
CURSO DE GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM

ESTÁGIO EM CLÍNICA CIRÚRGICA

Prof. Roberto Albuquerque

Montes Claros

2012

Índice

Introdução.....	03
Intervenções Gerais de Enfermagem.....	05
Assistência de Enfermagem Pré e Pós-Operatória.....	09
Principais Diagnósticos de Enfermagem em Clínica Cirúrgica.....	11
Assistência de Enfermagem com Drenos e Cateteres.....	12
Exames Laboratoriais.....	16
Bibliografia.....	17
Anexos	18
I. Resumo da Avaliação Pré-Operatória e Exemplo de Anotação de Enfermagem	
II. Roteiro de Relatório para Passagem de Plantão	
III. Histórico de Enfermagem e Exame Físico	
IV. Diagnóstico e Prescrição de Enfermagem	
V. Ficha de Avaliação Pré-Operatória	
VI. Ficha de Avaliação Pós-Operatória	
VII. Taxonomia NANDA (2009-2011)	

Introdução

O cuidar é o enfoque principal da enfermagem. Apesar das inovações, não se deve adotar exageros no cuidado. O ser humano necessita de orientação e técnicas para tornar-se independente desde cuidado, quando possível pelo ensino do autocuidado de recuperar, manter e promover sua saúde com outros profissionais. Cabe à enfermagem conhecer, acompanhar todos os progressos tecnológicos e ser capaz de orientar o paciente quanto aos procedimentos de pré e pós-operatório, não esquecendo a visão holística da pessoa.

O paciente cirúrgico normalmente demonstra insegurança, medo do que acontecerá e de como será sua recuperação. O enfermeiro precisa entender o que é vida, bem-estar e recuperação. Vida significa mudança a todo o momento; portanto, a cirurgia tem um significado de modificação; a enfermagem auxilia, orienta essa alteração em relação aos hábitos, terapêutica; porém, existem os limites: respeitar o paciente no que se refere à sua decisão, discutir com a equipe multiprofissional investigando condutas que devem ser tomadas. Com relação ao bem-estar do paciente, a enfermagem depende da burocracia hospitalar, da filosofia da instituição, às vezes, até da unidade de internação, impedindo que se apliquem técnicas que agilizem sua recuperação e, conseqüentemente, seu bem-estar. A compreensão do paciente como pessoa independe dos avanços e da tecnologia médica. A recuperação e o bem-estar não dependem apenas de um profissional e, sim, de um conjunto de ações multidisciplinares.

O paciente cirúrgico

Não existe cirurgia simples, trata-se sempre de um desafio para o paciente. É um momento indescritível, onde as sensações são totalmente individuais, cada um reage de uma forma, tentando se proteger dos sofrimentos e adquirindo atitudes diferentes e defensivas.

Uma cirurgia pode ser simples para um e complicada para outro, pois os dimensionamentos de medo e tranqüilidade dependem da preparação do paciente. Quando existe o enfrentamento para o desconhecido, para dificuldades e experiências já vivenciadas, podem-se apresentar alterações orgânicas e metabólicas, implicando complicações e até morte. Outro fator é o estado hemodinâmico, causando tensões. Estas são manifestadas em forma de hipertensão, insônia e ansiedade, entre outras.

A cirurgia, para muitos, representa a solução de problemas e, para outros, ameaça à própria vida. Como solução, é o alívio da dor, do incômodo e da insegurança com relação à doença; esteticamente significa beleza, correção de deformidades; como ameaça para a vida está relacionada ao medo do desconhecido, da anestesia, da cirurgia e suas implicações.

É difícil avaliar seu significado para o paciente, principalmente no momento em que ele vê a sala, os equipamentos, os cirurgiões. Para alguns, o sentimento de medo, insegurança, desespero cresce bastante. Para outros não representa nada, é simplesmente um ato cirúrgico. A importância da equipe de enfermagem nesta fase é fundamental para permitir segurança, tranquilidade e confiança.

O enfermeiro em Clínica Cirúrgica

A cirurgia tem um significado de planejamento, risco cirúrgico e recuperação. Representa uma surpresa, cada paciente possui um comportamento e uma reação. Diante dessas reações, o enfermeiro não pode ser confundido com auto-suficiência. Existem situações em que o paciente apresenta condições específicas que fogem ao alcance da enfermagem, sendo necessários a humildade e o bom senso para solicitar a colaboração de outros profissionais, sempre buscando o melhor para o paciente.

Como planejamento, é importante que o enfermeiro investigue todas as alterações físicas do paciente, material necessário para a cirurgia e pós-operatório. Com relação às alterações físicas, a enfermagem utiliza-se do exame físico e laboratorial e da orientação pré-operatória; reconhece os fatores que interferem na decisão operatória como o administrativo e o emocional. A enfermagem busca recursos para que haja resultados satisfatórios na cirurgia e relação custo/benefício; ligados à doença, e outras alternativas, tratamentos, tipo de evolução, grau de comprometimento; perspectiva de resolução; grau de urgência, mesmo ligados à equipe cirúrgica e auxiliar.

A recuperação é a meta principal da enfermagem. O cuidar, no aspecto físico e emocional, pelos cuidados pós-operatórios deve ser enfatizado no pré-operatório imediato.

A Assistência de Enfermagem

A assistência de enfermagem ao paciente cirúrgico envolve fases distintas de tratamento na seguinte seqüência:

1. Assistência pré-operatória:
 - Exame físico – geral e específico
 - Cuidados pré-operatórios – mediatos e imediatos
2. Assistência perioperatória
3. Assistência pós-operatória:
 - Cuidados pós-operatórios – Imediatos e mediatos

A fase de investigação diagnóstica de enfermagem tem como objetivo avaliar as necessidades humanas básicas e a dependência do cuidado de enfermagem relacionada à doença e/ou situação do momento e do pós-operatório. Consiste numa avaliação geral e específica do paciente, a fim de identificar as alterações significativas que possam elevar o risco cirúrgico ou influenciar na recuperação como complicação ou sucesso da cirurgia.

O pós-operatório divide-se em pós-operatório imediato e mediato. O pós-operatório é uma condição necessária para pacientes cirúrgicos, requer cuidados específicos de enfermagem; as primeiras 48 horas precisam ser de um acompanhamento e controle de suas condições hemodinâmicas.

Intervenções Gerais de Enfermagem

1. Evitando as complicações respiratórias
 - Uso de espirômetro;
 - Mudança de decúbito;
 - Respirações profundas pelo menos a cada 2 horas;
 - Incentivar a tosse;
 - Incentivar o bocejo;
 - Deambulação precoce.
2. Alivando a dor

- Administração de analgésicos
 - Posicionamento correto no leito
 - Deambulação precoce.
3. Promovendo o débito cardíaco
- Reposição de líquidos endovenosos (padrão por 24 horas);
 - Balanço hídrico rigoroso: SVD (acima de 30ml/hora); espontânea (240ml/8 horas)
 - Monitorar níveis eletrolíticos, hemoglobina e hematócritos;
 - Exercícios precoces e mudança de decúbito para estimular a circulação;
 - Evitar posições que comprometam o retorno venoso (dobrar o joelho no leito, travesseiros sobre os joelhos, ficar sentado por longos períodos, balançar as pernas quando sentado).
4. Incentivando a atividade
- Aumenta a ventilação
 - Reduz estase das secreções brônquicas nos pulmões
 - Reduz distensão abdominal
 - Aumenta o tônus do TGI e da parede abdominal
 - Aumenta a peristalse
 - Aumenta a velocidade da circulação nos membros
 - Diminui a dor
 - Exercícios com os braços, mãos, dedos, pé, flexão da perna, contração abdominal e glútea
 - Incentivar as atividades de vida diária.
5. Promovendo a cicatrização da ferida
- Avaliação contínua do sítio cirúrgico (inspeção para a aproximação das bordas da ferida, integridade das suturas ou grampos, rubor, calor, inchaço, dor incomum ou drenagem; traumas devido às bandagens);
 - Manejo dos drenos e quantidade drenada.
 - Cicatrização (fases): 1. Inflamatória (1-4 dias); 2. Proliferativa (5-20 dias); 3. Maturação (acima de 21 dias);
 - Trocar curativo sempre que necessário.

6. Manter a temperatura corporal normal

- Oxigenoterapia
- Hidratação
- Nutrição apropriada
- Checar hipotermia pós-cirúrgica.

7. Tratando a função GI e retomando a nutrição:

- SNG (se necessário);
- Reposição de líquidos (água, suco, chá – melhor aceitação de líquidos frios);
- Alimentos pastosos (gelatina, pudim, leite, sopas cremosas)
- Avaliar a peristalse; acúmulo de gases; distensão abdominal;
- Deambulação precoce;
- Avaliar sons intestinais.

8. Promovendo a função intestinal

- Deambulação;
- Melhora da ingesta nutricional;
- Emolientes fecais (quando prescrito).

9. Controlando a micção

- Espera-se que o cliente urine em até 8 horas;
- Abrir torneira; aplicar calor no períneo;
- Uso de comadre aquecida;
- Sondagem vesical de alívio quando o nível for menor que 100 ml/8horas.

10. Mantendo um ambiente seguro

- Grades laterais elevadas;
- Avaliar o nível de consciência;
- Auxiliar nas atividades de vida diárias (quando necessário).

11. Fornecendo apoio emocional para o cliente e família

- Fornecer informações;
- Reservar tempo para ouvir;
- Abordar as preocupações;
- Engajar o cliente n plano de cuidados;
- Incentivar a família no cuidado e mostrar que são úteis;
- Estimular repouso, privacidade, redução de ruídos, ajuste na iluminação, disponibilização de assentos suficientes para os familiares e incentivar uma atmosfera de apoio.

Resultados Esperados do Paciente

Os resultados esperados podem incluir os seguintes:

1. Mantém a função respiratória ótima
 - a. Realiza os exercícios de respiração profunda
 - b. Demonstra murmúrio vesicular limpo
 - c. Usa o espirômetro de incentivo conforme prescrição
 - d. Imobiliza o sítio incisional quando tosse, visando reduzir a dor.
2. Indica que a dor exibe intensidade diminuída
3. Aumenta a atividade conforme a prescrição
 - a. Alterna períodos de repouso e atividade
 - b. Aumenta progressivamente a deambulação
 - c. Retoma as atividades normais dentro do intervalo de tempo prescrito
 - d. Realiza as atividades relacionadas com o autocuidado
4. A ferida cicatriza-se sem complicação
5. Mantém a temperatura corporal dentro dos limites de normalidade
6. Retoma a ingestão oral
 - a. Relata ausência de náuseas e vômitos
 - b. Ingere pelo menos 75% da dieta usual
 - c. Está livre do desconforto abdominal e dores por distensão gasosa
 - d. Exibe os sons intestinais normais
7. Relata a retomada do padrão de eliminação intestinal habitual

8. Retoma o padrão de micção normal
9. Está livre de lesão
10. Exibe ansiedade diminuída
11. Adquire o conhecimento e as habilidades necessárias para tratar o regime terapêutico
12. Não experimenta complicações.

Assistência de Enfermagem Pré e Pós-Operatória

Assistência de Enfermagem Pré-Operatória Mediata

1. Ensino Pré-Operatório
 - explicações das sensações que o paciente experimentará;
 - medicamentos;
 - exercícios respiratórios e das pernas usados para evitar as complicações pós-operatórias como a pneumonia e a trombose venosa profunda;
 - respiração diafragmática;
 - tosse;
 - exercícios com a perna;
 - exercícios com os pés;
 - virando para o lado;
 - levantando-se do leito.
2. Reduzindo a Ansiedade Pré-Operatória
3. Reduzindo o Medo
4. Respeitando as crenças culturais, espirituais e religiosas.
5. Manter a segurança do cliente
6. Controlar a nutrição e os líquidos
7. Preparo intestinal
8. Preparo da pele

Assistência de Enfermagem Pré-Operatória Imediata

1. Troca de roupa
2. Trança em cabelos longos
3. Retirar grampos
4. Cobrir a cabeça com gorro descartável
5. Remover pontes e dentaduras
6. Retirar jóias, *piercings* (caso contrário, prender com esparadrapo)
7. Urinar antes de ir para o Bloco Cirúrgico
8. Administração de pré-anestésico (grades da cama elevadas)
9. Manutenção dos registros pré-operatórios
10. Transporte do paciente para a área pré-cirúrgica
11. Atendimento das necessidades da família.

Resultados Esperados

1. Alívio da ansiedade
2. Medo diminuído
3. Compreensão da intervenção cirúrgica
4. Nenhuma evidência de complicação pré-operatória

Intervenções de Enfermagem Pós-Operatórias Imediatas

1. Avaliar a respiração e administrar oxigênio suplementar e quando prescrito;
2. Monitorar os sinais vitais e observar o calor, umidade e coloração da pele;
3. Avaliar o sítio cirúrgico e os sistemas de drenagem de ferida. Conectar todos os tubos de drenagem à gravidade ou sucção, conforme indicado, e monitorar os sistemas de drenagem fechados.
4. Avaliar o nível de consciência, orientação e capacidade de mover os membros.
5. Avaliar o nível da dor, característica da dor (localização, qualidade) e adequação, tipo e via de administração de analgésico;
6. Administrar os analgésicos conforme prescrição e avaliar sua eficácia no alívio da dor;
7. Colocar equipamentos (cuba rim, comadre, urinol – papagaio) ao alcance do paciente;
8. Posicionar o paciente para estimular o conforto, segurança e expansão pulmonar;

9. Avaliar os acessos venosos para a permeabilidade, bem como as infusões para a velocidade e soluções corretas;
10. Avaliar o débito urinário no sistema de drenagem fechada ou a vontade de urinar do paciente e a distensão vesical;
11. Reforçar a necessidade de começar os exercícios de respiração profunda e com as pernas;
12. Fornecer informações para o paciente e família.
13. Nas primeiras horas depois da admissão na unidade clínica, as principais preocupações são:
 - ventilação adequada
 - estabilidade hemodinâmica
 - dor incisional
 - integridade do sítio cirúrgico
 - náuseas e vômitos
 - estado neurológico
 - micção espontânea
14. Sinais vitais: na primeira hora (de 15 em 15 minutos); na segunda hora (de 30 em 30 minutos); nas Primeiras 24 horas (de 4 em 4 horas).

PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

- Dor aguda relacionada com a incisão cirúrgica;
- Débito cardíaco diminuído relacionado com o choque ou hemorragia;
- Risco de intolerância à atividade relacionada com fraqueza generalizada secundária a cirurgia;
- Integridade da pele prejudicada relacionada com a incisão cirúrgica e drenos;
- Termorregulação ineficaz relacionada com o ambiente cirúrgico e agentes anestésicos;
- Risco de nutrição alterada, menor que as demandas corporais, relacionado com a ingestão diminuída e necessidade aumentada de nutrientes secundários à cirurgia;
- Risco de constipação relacionado com os efeitos dos medicamentos, cirurgia, mudança na dieta e imobilidade;
- Risco de retenção urinária relacionado com os agentes anestésicos;

- Risco de lesão relacionado com o posicionamento/procedimento cirúrgico ou com os agentes anestésicos;
- Ansiedade relacionada com o procedimento cirúrgico;
- Risco de tratamento ineficaz do regime terapêutico relacionado com o cuidado da ferida, restrições nutricionais, recomendações de atividade, medicamentos, cuidados de acompanhamento ou sinais e sintomas de complicações.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM COM DRENOS E CATETERES

Drenos: são tubos ou materiais colocados no interior de uma ferida ou cavidade, visando permitir a saída de fluído ou ar;

Cateteres: são tubos de diversos materiais e calibres inseridos no organismo, tendo como função a infusão de líquidos ou a sua retirada;

Classificação quanto ao material e a estrutura:

- BORRACHA (tubular rígido ou laminar);
- POLIETILENO/ PLÁSTICO (tubular, rígido);
- SILICONE.

Classificação quanto ao uso:

- Intravenosos (cateteres centrais e periféricos);
- Sistema Digestório (esôfago, estômago, intestino delgado, vias biliares, reto e sigmóide);
- Cavidades;
- Urinários.

Indicações

- Evitar acúmulo de líquidos em espaços potenciais e
- remover coleções diversas de cavidades naturais, vísceras e locais de cirurgia.

Quando?

- cirurgias,
- infecção ativa,
- alto risco de deiscência.

Tipos de Drenos

Dreno Laminar -

Penrose Dreno simples de cavidade;

Material:

- látex; Permite o escoamento de líquidos por capilaridade nas suas superfícies.

Cuidados de enfermagem:

- Anotar volume e aspecto da drenagem;
- Manter gaze estéril sob o dreno;
- Ocluir o orifício de saída do dreno com gaze estéril ou colocar bolsa plástica estéril coletora;
- Manter curativo sempre limpo e seco.

Obs: fixação com ponto ou alfinete pode ser utilizada pelo médico.

Dreno Penrose

- Utilizado em cavidades para drenagem de fluídos por capilaridade.

Dreno de sucção

- Mais utilizado em afecções biliares;
- Tem a forma de uma granada;
- É leve.

Jackson-Pratt

Utilizado para drenagem de resíduos da cirurgia como sangue ou outros fluídos.

Hemovac

Dreno que atua por sucção e são utilizados quando se prevê o acúmulo de líquidos em grande quantidade.

Material:

polietileno com múltiplas fenestrações na extremidade; Retirando o ar cria-se um vácuo com aspiração ativa do conteúdo.

TIPOS DE DRENOS

Cirurgia Ortopédica

- Dreno Porto-vack,
- Zammi-vack ou Drenofast
- Hemovac e
- Jackson-Pratt

Cuidados de enfermagem:

- Anotar volume e aspecto da drenagem;
- Manter com pressão negativa conforme orientação;

Para esvaziar o reservatório:

- feche o clamp do sistema, comprima o recipiente e recolque a tampa;

Atenção: não esquecer de abrir o clamp do sistema, após esvaziar e fechar o reservatório. Se houver interrupção da drenagem verifique na extensão do dreno se não há presença de coágulos ou fibrina.

Adaptação de dreno de Cirurgia Plástica

Adaptação de um dreno utilizando uma sonda levine e uma seringa de 60 ml como reservatório.

- Dreno de Kehr – afecções biliares

Dreno de Tórax - Cuidados de enfermagem

- Fixar corretamente o dreno no tórax do paciente com fita adesiva;
- Certificar-se que as tampas e os intermediários do dreno estão corretamente ajustados e sem escape de ar;
- Manter o frasco coletor sempre abaixo do nível do tórax e o qual deve está mantido dentro de uma solução estéril (selo d'água);

- Orientar o cliente a manter o frasco coletor sempre abaixo do nível do tórax e tomar cuidado para não quebrar, caso isto ocorra, ele deve imediatamente pinçar com os dedos a extensão do dreno e o frasco o que evitará a penetração de ar na cavidade pleural;
- Deve ser mantido mergulhado em solução estéril contida no frasco coletor (selo d'água);
- O auxiliar ou técnico de enfermagem deve atentar para o aspecto do líquido drenado quanto á : volume drenado, viscosidade, coloração) qualquer alteração deve ser comunicado imediatamente ao enfermeiro.

Cateteres: gastrostomias e jejunostomias

Gastrostomia: Procedimento cirúrgico realizar sobre o estômago com o objetivo de administrar líquidos e alimentos;

Indicação:

- Quando o doente necessita de nutrição por + de 6 semanas ou quando o CNE não pode ser utilizado devido: à obstrução do esôfago; trauma da face ou da cavidade oral; grande risco de aspiração.

Complicações: Infecção no local de saída do cateter; Refluxo gastroesofágico;

- Aspiração brônquica;
- Extravasamento de suco gástrico;
- Obstrução.

Cuidados de enfermagem:

- Administração da dieta o mais precocemente possível (RHA+);
- Cabeceira elevada;
- Administrar gradativamente o volume indicado;
- Administrar lentamente a dieta;
- Lavar circuito após dieta.
- Teste de refluxo: (vol. residual < 50% do vol. a ser administrado, infundir o suficiente para completar o vol. total indicado); Lavar o tubo antes da infusão de cada dieta;
- após 24 a 48 h o curativo deverá ser retirado e a área deverá ser limpa, diariamente, com água e sabão.

Jejunostomias

Indicação:

- drenagem de secreção gástrica para descompressão e para administração de alimentos, quando impedida por problemas gástricos (fístulas, trauma, tumores, refluxo gastroesofágico).

Cuidados de enfermagem

- São os mesmos da gastrostomia;
- Não há necessidade de verificação de volume gástrico;
- Administrar lentamente para evitar diarreia.

EXAMES LABORATORIAIS

Valores normais em adulto:

Colesterol total:

- Desejáveis: <205 mg/dL
- Limítrofes: até 240mg/dL
- Altos: >240 mg/Dl

LDL colesterol:

- Desejáveis: abaixo de 130 mg/dL
- Limítrofes: 130 a 160 mg/dL
- Aumentados: acima de 160.

HDL colesterol:

- Desejáveis: acima de 40 mg/dL
- Limítrofes: 35 a 40 mg/dL
- Aumentados: abaixo de 35 mg/dL

Triglicerídeos:

- Desejáveis: abaixo de 180 mg/dL
- Limítrofes: 180 a 200 mg/dL
- Aumentados: acima de 200.

Bibliografia

BRUNNER & SUDDARTH. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Editora Guanabara Koogan, 11ª Edição, Rio de Janeiro, 2008.

BARROS, Alba Lúcia. Anamnese e Exame Físico. Editora Artmed, Segunda Edição, Porto Alegre, 2007.

TANNURE, Meire Chucre. SAE – Guia Prático. Editora Guanabara Koogan, Primeira Edição, Rio de Janeiro, 2008.

SWANSON, Elizabeth. Ligações entre NANDA, NOC e NIC. Editora Artmed. Segunda Edição, Porto Alegre, 2009

TASHIRO, Marisa Toshiko. Assistência de Enfermagem em Ortopedia e Traumatologia. Editora Atheneu, Primeira edição, São Paulo, 2001.

SALES, Orcélia. Leitura e Interpretação de Exames em Enfermagem. Editora AB, Terceira Edição, Goiânia, 2008.

Resumo da avaliação pré-operatória

Fazer coleta de dados de saúde do paciente, verificar condições físicas do mesmo, apresentar-se ao paciente e família confirmando os dados de identificação, período de jejum, alergias, integridade da pele, condições de mobilidade e posicionamento, retirada de próteses, estado emocional, nível de consciência, infusões venosas, estado geral de saúde e o consentimento em realizar a cirurgia.

Exemplo de anotação de enfermagem

Paciente orientado no tempo e no espaço; consciente; hidratado; corado; em repouso no leito; verbalizando. Relato quanto às eliminações: diurese preservada e fezes ausentes há 3 dias. Aceita a dieta moderadamente (só líquidos e algumas frutas). Ao exame: couro cabeludo com presença de caspa, implantação capilar preservada, pupilas isocóricas e fotorreativas; campo visual preservado. Mucosas oral e nasal preservadas, coradas. Pavilhão auditivo com presença de cerume, mais acentuado à E. Presença de prótese dentária (parte superior); língua saburrosa. Bulhas normorrítmicas e normofonéticas. À palpação do abdome: sinal negativo para Mc Burner; ausência de visceromegalias. Ruídos hidroaéreos positivos (+3/+4). Cateter heparinizado em MSD. Perfusão tissular preservada (< 2 segundos). Turgor da pele preservado. Fratura de fêmur em MMII. Cirurgia realizada em MID e tração transcutânea no MIE. Realizado curativo em incisão cirúrgica no MID, a mesma se encontra sem secreção e sem sinais flogísticos. Para o curativo foi utilizado limpeza com gaze e SF 0,9%.

MODELO DE ANOTAÇÃO DE ADMISSÃO:

07-08-2008 – 08 h- Admitido neste setor, procedente do Pronto-Socorro para submeter-se a tratamento cirúrgico de aos cuidados de Dr. José, com diagnóstico médico de Veio em companhia de sua esposa e funcionário do setor de (deambulando, em cadeira de rodas). Apresenta-se consciente, orientado, BEG, dispnéico (24 bpm), febril (38°C), níveis pressóricos elevados (220/180 mmHg). Encontra-se em uso de soroterapia no MSE com boa perfusão, sem sinais de

infiltração, oxigenoterapia sob cateter nasal, sonda de foley 16 com coletor sistema fechado, diurese clara sem sedimentos e sonda nasoenteral para alimentação. Encontra-se receptivo ao diálogo, estado precário de higiene. Relata ser alérgico a dipirona, fenergan, ampicilina e enlatados. Refere ser hipertenso e cardiopata, alcoolista há mais ou menos 30 anos e fuma em média 2 maços de cigarro por dia. Orientado quanto às rotinas do serviço e a permanecer em jejum a partir das 24 horas para realização de exames laboratoriais. Enf. Lupicínia Silva - COREN-Se 12345.

EXEMPLO DE ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM NA ALTA HOSPITALAR

06-08-2008 Encontra-se de alta hospitalar melhorada, consciente, respondendo as solicitações verbais, BEG. Apresenta hemiparesia à direita, melhora da comissura labial. Retirado sonda vesical e orientado a esvaziar a bexiga sempre que sentir vontade. Realizado curativo da região sacra com soro fisiológico e dersani, presença de fibrina em região central e granulação em bordas. Orientado quanto aos cuidados com o curativo, dieta, e hábitos saudáveis. Constatado o serviço de transporte da instituição sobre a necessidade de viatura de transporte básico para a remoção para a residência. Entregue a familiares resumo dos cuidados pós-alta: horário de medicações, dietas, exercícios físicos, movimentação, prevenção de úlceras de decúbito, realização de curativos. Entregue pertences à familiar.-----

10:20h Saiu de alta hospitalar acompanhado de sua esposa, e auxiliar de enfermagem em uso de maca.
Enfª Siillviia Siillva,, Coren-Se 00007..-----

ROTEIRO DE RELATÓRIO PARA A PASSAGEM DE PLANTÃO:

- _ Nome, idade, n° do leito, nome do médico assistente;
- _ Diagnóstico médico ou procedimento cirúrgico;
- _ Variações dos sinais vitais;
- _ Características da dor, do medicamento, da quantidade, do horário da última administração e do resultado alcançado;
- _ O tipo de dieta e o percentual consumido a cada refeição;
- _ A posição especial do corpo e nível de atividade;
- _ Exames realizados ou programados;
- _ Resultados de exames, inclusive os realizados pela enfermeira;

- _ Mudanças nas prescrições médicas, inclusive medicações recém prescritas;
- _ Tipo e quantidade de líquido intravenoso infundido;
- _ Uso de equipamentos especiais ex: bomba de infusão;
- _ Procedimentos de enfermagem a realizar ou realizados com sucesso ou não ex: punção venosa
- _ Características da solução de continuidade da pele, condições do curativo, presença ou não de alterações;
- _ Total de ingestão hídrica e eliminações;
- _ Achados anormais;