



SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE - SMS



PREFEITURA DE ARACAJU

FORMULÁRIO

INSTRUMENTO DE PASSAGEM DE PLANTÃO - SBAR
CUIDADOS INTERMEDIÁRIOSCÓDIGO:
FP.NQSP.005

REVISÃO: 00

PÁGINA: 01

TURNO: _____

DATA: ____/____/____

ENFERMEIRO (A): _____

SITUAÇÃO ATUAL

NOME:		IDADE:		PRONTUÁRIO:	
DATA DE INTERNAÇÃO:		LEITO:		PLACA BEIRA-LEITO: () NÃO () SIM	
DIAGNÓSTICO:		QUEIXA PRINCIPAL:		ACOMPANHANTE () DOULA ()	
GESTANTE () PUÉRPERA () BINÔMIO ()		PULSEIRAS DE RISCOS: () QUEDA () HPP () ALERGIA		PULSEIRA DE ID: () SIM () NÃO	
INDUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO: () NÃO () SIM		INSERÇÃO DE DIU: () NÃO () SIM		LAQUEADURA PÓS-PARTO: () NÃO () SIM - TERMO DE CONTRACEÇÃO CIRÚRGICA VÁLIDO	
ALERGIAS		COMORBIDADES		MEDICAMENTOS EM USO	
TESTES RÁPIDOS		EXAMES		TERMOS ASSINADOS	
() NÃO		() HAS () DMG		() NÃO REAGENTE	
() SIM		() SÍFILIS () HIV		() REAGENTE	
QUAL: _____		() OBESIDADE		() USG	
() OUTRA:		() OUTRA:		() LABORATORIAIS	
				() ECOCARDIOGRAMA	
				OUTROS: _____	
				() INSERÇÃO DE DIU	
				() PROCEDIMENTO CIRÚRGICO	
				() CESÁREA E ANESTESIA	
				() AUTORIZAÇÃO TESTE RÁPIDO	

BREVE HISTÓRICO

Nº DE GESTAÇÕES:	Nº DE ABORTO:	Nº DE PARTOS:	IDADE GESTACIONAL: ____s ____d	P.ARTERIAL:	SATO2:	T:	FC:
GESTANTE							
BCF:	DU:	MF:	PERDAS VAGINAIS:	ÚLTIMA AVALIAÇÃO:			
PUÉRPERA - DATA E HORA DO PARTO:							
ÚTERO CONTRAÍDO: () SIM () NÃO		LOQUIAÇÃO: () NORMAL () AUMENTADA () HPP		EM USO DE MONITORIZAÇÃO MULTIPARAMÉTRICA: () NÃO () SIM			
RECÉM NASCIDO							
APGAR: 1º MIN ____ 5º MIN ____ 10º MIN ____		AMAMENTAÇÃO NA 1ª HORA () SIM () NÃO		CONTATO PELE A PELE: () SIM () NÃO			
AMAMENTAÇÃO NA 1ª HORA () SIM () NÃO		ANOMALIAS: () NÃO () SIM QUAIS: _____		P. CEFÁLICO:			
PESO:		IG (CAPURRO):		P.TORÁCICO:		P.ABDOMINAL:	
F.CARDÍACA:		F.RESPIRATÓRIA:		T:		SATO2:	

AVALIAÇÃO

PRECAUÇÃO	() PADRÃO	() CONTATO	() GOTÍCULA	() AEROSSÓIS
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	() CONSCIENTE	() ALERTA	() SEDADO	() SONOLENTO () INCONSCIENTE
MOBILIDADE	() DEAMBULA SEM AUXÍLIO	() DEAMBULA COM AUXÍLIO	() RESTRITO AO LEITO	
VENTILAÇÃO	() ESPONTÂNEA	() SUPORTE DE OXIGÊNIO		
DIETA	() LIVRE	() BRANDA	() JEJUM: INÍCIO/HORA: _____	MOTIVO: _____
DISPOSITIVO	() SEM ACESSO	() PERIFÉRICO	CALIBRE/LOCAL: _____	() IDENTIFICADO
DIURESE	() AUSENTE	() PRESENTE	() EM FRALDA	() SVD
EVACUAÇÃO	() AUSENTE	() PRESENTE	() EM FRALDA	INSERÇÃO: ____/____/____ N° ____
RISCOS ASSISTENCIAIS	() QUEDA	() LPP	() FLEBITE	() BRONCOASPIRAÇÃO () PERDA DE DISPOSITIVO

RECOMENDAÇÕES/PENDÊNCIAS/INTERCORRÊNCIA

Assinatura/carimbo do enfermeiro (a) responsável pela passagem do plantão		Assinatura/carimbo do enfermeiro (a) responsável por receber o plantão	
---	--	--	--