



FORMULÁRIO

**INSTRUMENTO DE PASSAGEM DE PLANTÃO - SBAR
ALCON**

**CÓDIGO:
FP.NQSP.007**

**REVISÃO: 00
PÁGINA: 1/1**

LEITO		SITUAÇÃO		BREVE HISTÓRICO		AVALIAÇÃO		RECOMENDAÇÃO							
				DATA: ___/___/___		ENF DIURNO:		ENF NOTURNO:							
				DIURNO		NOTURNO		PLANTÃO DIURNO		PLANTÃO NOTURNO					
				PUÉRPERA: DIU INSERIDO: () SIM () NÃO ATB EM USO () SIM () NÃO PERDAS VAGINAIS: () LÓQUIOS FISIOLÓGICOS () LÓQUIOS AUMENTADO ABO/RH: _____ COMORBIDADES: () NÃO () SIM _____		() AVP: _____ DATA DE INSERÇÃO: ___/___/___ () SVD: _____ SSVV DIURNO PA: _____ MMHG FC: _____ BPM FR: _____ RPM T: _____ °C SATO2: _____ %		() AVP: _____ DATA DE INSERÇÃO: ___/___/___ () SVD: _____ SSVV NOTURNO PA: _____ MMHG FC: _____ BPM FR: _____ RPM T: _____ °C SATO2: _____ %		EXAMES/INTERVENÇÕES/INTERCORRÊNCIAS		EXAMES/INTERVENÇÕES/INTERCORRÊNCIAS			
		TIPO DE PARTO: () PN () PC DATA DO PARTO: ___/___/___ HORA DO PARTO: ___:___:___ LACERAÇÃO: () SIM () NÃO DIAGNÓSTICO: _____ ALERGIAS: () SIM _____ () NÃO _____ PRECAUÇÃO: () PADRÃO () CONTATO () GOTÍCULAS () AEROSÓIS () PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO () PLACA BEIRA LEITO		GESTANTE: G ___ P ___ A ___ GESTAÇÃO MÚLTIPLA: () SIM () NÃO IG: _____ BCF: _____ DU: _____ MF: _____ PERDAS VAGINAIS: () LA () SANGUE COMORBIDADES: () NÃO () SIM _____		VENTILAÇÃO: () VE () CTO () VM () DIURESE () DEJEÇÕES () RISCO DE BRONCOASP. () RISCO DE QUEDA () RISCO DE PERDA DISP () RISCO DE HPP () FLEBITE		VENTILAÇÃO: () VE () CTO () VM () DIURESE () DEJEÇÕES () RISCO DE BRONCOASP. () RISCO DE QUEDA () RISCO DE PERDA DISP () RISCO DE HPP () FLEBITE							
		PESO: _____ SEXO () FEM () MAS DIAGNÓSTICO: _____ FOTOTERAPIA: () SIM () NÃO ALERGIAS: () SIM _____ () NÃO _____ PRECAUÇÃO: () PADRÃO () CONTATO () GOTÍCULAS () AEROSÓIS () PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO () PLACA BEIRA LEITO		APGAR: 1º MIN ___ 5º MIN ___ 10º MIN ___ ATB EM USO () SIM () NÃO ABO/RH: _____ VACINAS: () BCG () HEP B TRIAGEM: () CORAÇÃOZINHO () ORELHINHA () LINGUINHA () OLHINHO () PEZINHO		() AVP: _____ DATA DE INSERÇÃO: ___/___/___ AMAMENTAÇÃO: () SIM () NÃO HGT: () SIM () NÃO _____ FÓRMULA: () SIM () NÃO _____ NORMOCORADO: () SIM () NÃO _____		() AVP: _____ DATA DE INSERÇÃO: ___/___/___ AMAMENTAÇÃO: () SIM () NÃO HGT: () SIM () NÃO _____ FÓRMULA: () SIM () NÃO _____ NORMOCORADO: () SIM () NÃO _____							
		PESO AO NASCER: _____ PESO ATUAL: _____ COMORBIDADES: _____		() ATIVO/REATIVO () IRRITADO () HIPOATIVO VENTILAÇÃO: () VE () CTO () VM () DIURESE () DEJEÇÕES () RISCO DE QUEDA () RISCO DE PERDA DISP () RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO () FLEBITE		SSVV NOTURNO PA: _____ MMHG FC: _____ BPM FR: _____ RPM T: _____ °C SATO2: _____ % HGT: _____		() ATIVO/REATIVO () IRRITADO () HIPOATIVO VENTILAÇÃO: () VE () CTO () VM () DIURESE () DEJEÇÕES () RISCO DE QUEDA () RISCO DE PERDA DISP () RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO () FLEBITE		COTO UMBILICAL: () GELATINOSO () MUMIFICADO () HIPEREMIADO					

NOME:

RN DE: