

# Guia Prático de Registro em Enfermagem



**Volta Redonda - 2018**





Mestrado Profissional em  
Ensino em Ciências da Saúde  
e do Meio ambiente

# **REGISTRO DE CUIDADOS NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE**

**Autores:**

**Carolina de Oliveira Nardini**

**Ilda Cecília Moreira da Silva**

**Lucrécia Helena Loureiro**

# Apresentação

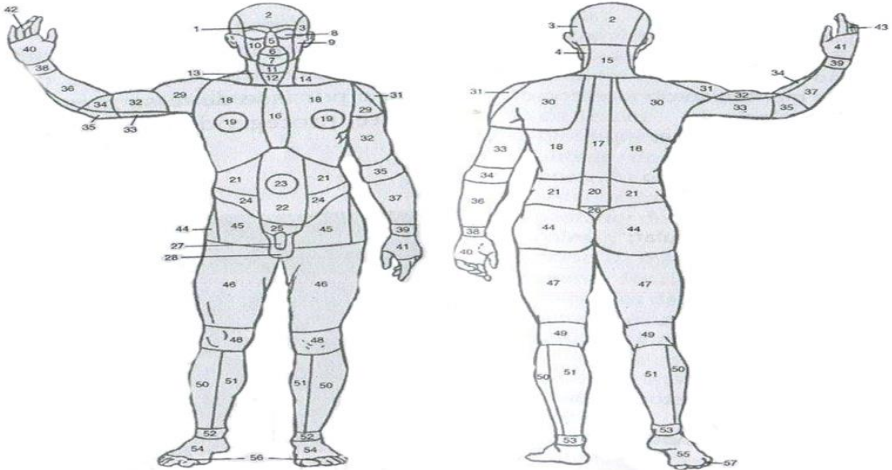
O objetivo desta obra é nortear os estudantes do curso técnico de Enfermagem para a realização de anotações claras, objetivas, completas e que subsidiem a continuidade da assistência ao paciente.

Este guia pretende, portanto, oferecer aos estudantes do curso técnico de Enfermagem subsídios para implementar os preceitos aqui apresentados, norteados a anotação que reflita a essência das atividades realizadas ( o Cuidar ).

# Sumário

|   |    |
|---|----|
| Nomenclatura do Corpo Humano .....          | 6  |
| Terminologia dos Sinais Vitais .....        | 7  |
| Admissão .....                              | 8  |
| Alta .....                                  | 8  |
| Óbito .....                                 | 9  |
| Curativos .....                             | 9  |
| Punção Venosa .....                         | 9  |
| Inalação/Nebulização .....                  | 10 |
| Enteróclise .....                           | 10 |
| Glicemia Capilar .....                      | 11 |
| Higiene do Paciente .....                   | 11 |
| Administração de Medicamentos .....         | 12 |
| Anglo de Aplicação .....                    | 13 |
| Locais de Aplicação .....                   | 13 |
| Estrutura da Seringa .....                  | 14 |
| Roteiro de Anotação Diária .....            | 15 |
| Clínica Médica .....                        | 15 |
| Clínica Cirúrgica .....                     | 16 |
| Pediatria .....                             | 16 |
| Centro Cirúrgico .....                      | 17 |
| Maternidade .....                           | 19 |
| Casa de Longa Permanência para Idosos ..... | 21 |
| Saúde Coletiva .....                        | 21 |
| UTI .....                                   | 22 |
| Lista de Siglas .....                       | 23 |
| Referências bibliográficas .....            | 26 |

# Nomenclatura do Corpo Humano



- |                               |                                   |                                       |
|-------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|
| 1 Regiões superciliares;      | 23 Região umbilical;              | 43 Região dorsal dos dedos;           |
| 2 Região occipitofrontal;     | 24 Região inguinoabdominal;       | 44 Região glútea;                     |
| 3 Região temporal;            | 25 Região púbica;                 | 45 Região inguinocrural;              |
| 4 Região mastoidea            | 26 Região sacrococcígea;          | 46 Região anterior da coxa;           |
| 5 Região Nasal;               | 27 Região peniana;                | 47 Região posterior da coxa;          |
| 6 Região labial;              | 28 Região escrotal;               | 48 Região patelar;                    |
| 7 Região mentoniana;          | 29 Região axilar;                 | 49 Região poplíteia;                  |
| 8 Região palpebral;           | 30 Região escapular;              | 50 Região anteroexterna da perna;     |
| 9 Região masseteriana;        | 31 Região deltóideia;             | 51 Região posterior interna da perna; |
| 10 Região geniana;            | 32 Região anterior do braço;      | 52 Região anterior do tornozelo;      |
| 11 Região supra – hioidea;    | 33 Região posterior do antebraço; | 53 Região posterior do tornozelo;     |
| 12 Região infra – hioidea;    | 34 Região da flexura;             | 54 Região dorsal do pé;               |
| 13 Região carotídea;          | 35 Região olecraniaa;             | 55 Região plantar;                    |
| 14 Região supraclavicular;    | 36 Região anterior do antebraço   | 56 Região dorsal dos dedos do pé;     |
| 15 Região da nuca;            | 37 Região posterior do antebraço; | 57 Região plantar dos dedos do pé.    |
| 16 Região esternal;           | 38 Região anterior do punho;      |                                       |
| 17 Região dorsal;             | 39 Região posterior do punho;     |                                       |
| 18 Região costal;             | 40 Região palmar;                 |                                       |
| 19 Região mamária;            | 41 Região dorsal da mão;          |                                       |
| 20 Região lombar;             | 42 Região palmar dos dedos;       |                                       |
| 21 Região costal – ilíaca;    |                                   |                                       |
| 22 Região esternocostopúbica; |                                   |                                       |

# Terminologia dos Sinais Vitais

## Pulso (FC)

Normocárdico: 60 – 100 bpm  
Bradycárdico: abaixo de 60 bpm  
Taquicárdico: acima de 100 bpm  
Taquisfigmia: pulso fino  
Bradisfigmia : pulso fino e bradicárdico.

## Pressão Arterial (P.A.)

Valor normal por idade:  
\*Criança 4 anos – 85/60 mmHg  
\*Adolescente 12 anos -108/67 mmHg  
\*Adulto – 120/80 mmHg  
\*Idoso – 140-160/90-100 mmHg

## Respiração (FR)

Eupneico – 16 a 20 ipm  
Taquipneico – acima de 20 ipm  
Bradipneico – abaixo de 16 ipm  
Ortopneico - dificuldade de respirar deitado  
Apneico – movimentos respiratórios ausentes

## Níveis de Pressão Arterial

Normal: 120/80 mmHg

Normal limítrofe:  
130-139/85-90 mmHg

Hipertensão leve:  
140-159/90-99 mmHg

Hipertensão moderada:  
160-179/100-109 mmHg

Hipertensão Grave:  
179/109 mmHg

## Temperatura (T)

Afebril - 37C°  
Febrícula - 37,2C° á 37,8C°  
Hipertermia – a partir de 37,8C°  
Hiperpirexia – a partir de 41C°  
Hipotermia- abaixo do normal

Hipotensão: Existem indivíduos que possuem pressão arterial em 100/80 mmHg e relatam bem-estar apesar da pressão arterial estar fora dos padrões considerados normais.

# Admissão

- Nome completo do paciente, data e hora da admissão;
- Procedência do paciente;
- Condições de chegada (deambulando, em maca, cadeira de rodas, etc.);
- Nível de consciência: Lucidez/Orientação;
- Presença de acompanhante ou responsável;
- Condições de higiene;
- Presença de lesões prévias e sua localização: feridas corto - contusas, hematoma, úlceras de pressão ou crônicas, e outras;
- Descrever deficiências, se houver;
- Uso de próteses ou órteses, se houver;
- Queixas relacionadas ao motivo da internação;
- Procedimentos / cuidados realizados, conforme prescrição ou rotina institucional (mensuração de sinais vitais, punção de acesso venoso, coleta de exames, necessidade de elevação de grades, contenção, etc.);
- Rol de valores e pertences do paciente;
- Orientações prestadas;
- Nome completo e Coren do responsável pelo procedimento.

# Alta

- Data e horário;
- Condições de saída (deambulando, maca ou cadeira de rodas, presença de lesões, nível de consciência, presença de dispositivos como sonda vesical de demora, cateter de duplo lúmen, etc.);
- Procedimentos / cuidados realizados, conforme prescrição ou rotina institucional (mensuração de sinais vitais, retirada de cateter venoso, etc.);
- Orientações prestadas;
- Entrega do rol de pertences e valores ao paciente ou acompanhante;
- Transporte para o domicílio: da instituição ou próprio;
- Nome completo e Coren do responsável pelo procedimento.



# Óbito

- Data e horário;
- Identificação do médico que o constatou;
- Rol de valores e pertences do corpo e a quem foi entregue;
- Comunicação do óbito ao(s) setor(es) responsável(eis), conforme rotina institucional;
- Procedimentos pós-morte (higiene, posicionamento, curativos, retirada de dispositivos, etc.);
- Posicionamento anatômico do corpo, sempre que possível;
- Identificação do corpo;
- Encaminhamento do corpo (forma, local, etc.);
- Horário de saída do corpo do setor;
- Nome completo e Coren do responsável pelo procedimento.

# Curativos

- Local da lesão e sua dimensão;
- Data e horário;
- Sinais e sintomas observados (presença de secreção, coloração, odor, quantidade, etc.);
- Relatar necessidade de desbridamento;
- Tipo de curativo (oclusivo, aberto, simples, compressivo, presença de dreno, etc.);
- Material prescrito e utilizado;
- Relatar o nível de dor do paciente ao procedimento, a fim de avaliar necessidade de analgesia prévia;
- Nome completo e Coren do responsável pelo procedimento

# Punção Venosa

- Data e hora da punção;
- Motivo da punção (inicial ou troca);
- Local;
- Condições do local da punção (pele e rede venosa local);
- Número de punções;
- Tipo e calibre do cateter;
- Salinização / heparinização;
- Intercorrências e providências adotadas;
- Medida de segurança adotada (tala ou contensão);
- Queixas;
- Nome e Coren do responsável pelo procedimento.

# Inalação/Nebulização

- Data e hora da realização do procedimento;
- Queixas: dispnéia, fadiga, tosse, espirro, sibilo, soluço, suspiro, desmaio, tontura, dor torácica;
- Cor da pele e mucosas;
- Padrão respiratório do paciente: frequência, ritmo e profundidade da respiração;
- Comportamento: aceitação, alteração emocional, inquietação, fadiga, ansiedade, etc.;
- Uso dos músculos acessórios, batimento de asas nasais, distensão das veias cervicais;
- Aspectos gerais: cianose de lábios, lóbulo das orelhas, parte inferior da língua, leito ungueal;
- Comprometimento da função cerebral: falta de discernimento, confusão mental, desorientação, vertigem, síncope e torpor;
- Intercorrências e/ou providências adotadas;
- Nome completo e Coren do responsável pelos procedimentos

# Enteróclise

- Data e hora do procedimento;
- Higiene íntima;
- Orientações realizadas sobre o procedimento;
- Tipo da solução;
- Anotar tempo de retenção do líquido;
- Reações durante a administração;
- Anotar quantidade prescrita e administrada da solução;
- Queixas;
- Características do líquido drenado;
- Intercorrências e providências adotadas;
- Nome completo e Coren do responsável pelos procedimentos

# Glicemia Capilar

- Data e hora da realização do exame;
- Condição do paciente (jejum, alimentado); é necessário o mínimo de 2 horas de jejum para fazer o exame.
- Aspecto da polpa digital;
- Local da punção (dedo, mão);
- Valores da glicemia capilar (Mg/dl);
- Intercorrências e providências adotadas;
- Orientações efetuadas;

## Parâmetros da Glicemia

Hipoglicemia: menor que 70 mg/dl

Normoglicemia: de 70 á 99 mg/dl

Hiperglicemia: acima de 99 mg/dl

# Higiene do Paciente

## Banho

- Data e hora do procedimento;
- Tipo de banho (imersão, aspersão, de leito);
- Tempo de permanência no banho de imersão, tolerância e resistência do paciente;
- Aspersão (deambulando, cadeira de banho, auxílio);
- No leito, verificar a ocorrência de alterações de pele, alergia ao sabão, hiperemia nas proeminências ósseas;
- Realização de massagem de conforto, movimentação das articulações, aplicação de solução para prevenção de úlceras;
- Intercorrências e providências adotadas;

Nome completo e Coren do responsável pelos procedimentos.

## Higiene do couro cabeludo

- Data e hora do procedimento;
- Condições do couro cabeludo e dos cabelos;
- Solução / tratamento utilizados;
- Intercorrências e providências adotadas;

• Nome completo e Coren do responsável pelos procedimentos.

## Higiene íntima

- Data e hora do procedimento;
- Motivo da higiene íntima;
- Aspecto do aparelho genital;
- Presença de secreção, edema, hiperemia, lesões, formações verrucosas;
- Intercorrências e providências adotadas;
- Nome completo e Coren do responsável pelos procedimentos.

## Higiene oral

- Data e hora do procedimento;
- Presença de prótese total/parcial (caso seja necessária sua retirada, identificar e entregar ao responsável da família ou do hospital);
- Condições de realização da higiene (realizou só, auxiliado ou realizado pelo profissional);
- Sinais e sintomas observados (hiperemia, condição da arcada dentária, etc.);
- Intercorrências e providências adotadas;

# Administração de Medicamentos

Item(ns) da prescrição medicamentosa que deverá(ão) ser registrado(s):

**Via Parenteral:** registrar o local onde foi administrado

- **IM** (Intramuscular) – glúteo, deltóide, vasto lateral, etc.;
- **EV** (Via Endovenosa) – antebraço, dorso da mão, região cefálica, membro inferior, etc.;
- **SC** ( Subcutâneo) – abdome, região posterior do braço, coxa, etc.;
- **ID** (Intradérmico) – face interna do antebraço ou face externa do braço.

Em todos os casos, não esquecer de fazer referência ao lado em que o medicamento foi administrado, esquerdo ou direito.

No caso de administrar medicamento através de um dispositivo já existente, como intracath, duplo lúmen, acesso venoso periférico, injetor lateral do equipo ou outro, anotar por onde foi administrado o medicamento endovenoso.

## **Via Oral**

- Registrar dificuldade de deglutição;
- Presença de vômitos, etc.

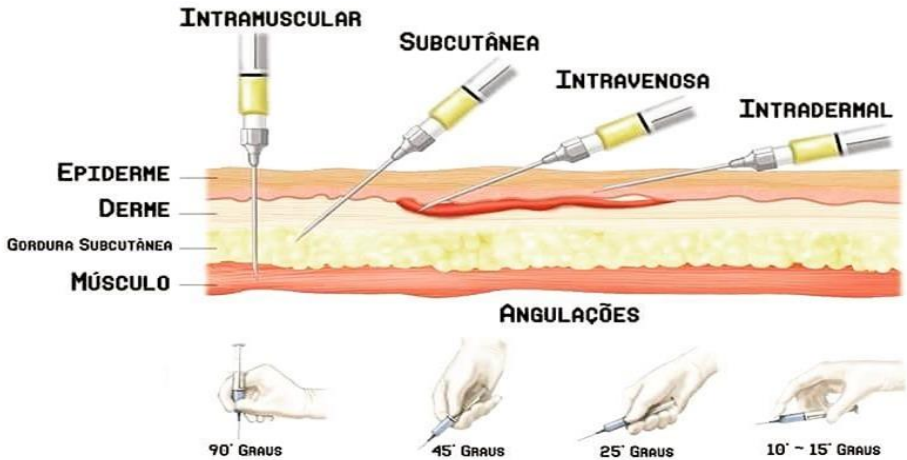
## **Via Retal**

- Registrar tipo de dispositivo utilizado;
- Em caso de supositório, registrar se foi expelido e providências adotadas.

Para todas as vias observar os registros apontados abaixo:

- Rejeição do paciente;
- No caso de não administrar medicamento, apontar o motivo;
- Queixas;
- Intercorrências e providências adotadas;

# Anglo de aplicação

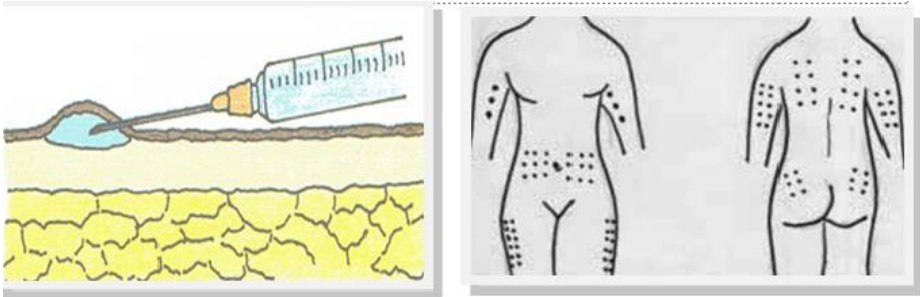


# Locais de aplicação

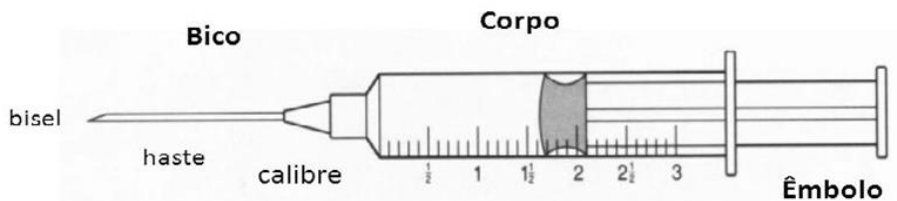
## Regiões indicadas, para aplicação de injeção intramuscular



# Intradermica e Subcutânea



## Estrutura da Seringa



| TAMANHO     | COR    | UTILIZAÇÃO        | APLICAÇÃO                  |
|-------------|--------|-------------------|----------------------------|
| 25x8 e 30x8 | VERDE  | IM e EV           | Soluções aquosas e oleosas |
| 25x7 e 30x7 | PRETO  | IM e EV           | Soluções aquosas           |
| 40x12       | ROSA   | Aspirar medicação | Soluções aquosas e oleosas |
| 13x3,8      | CINZA  | SC e ID           | Insulinas e vacinas        |
| 13x4,5      | MARROM | SC e EV           | Vacinas e soluções aquosas |
| 20x5,5      | ROXO   | SC e EV           | Vacinas e soluções aquosas |
| 20x6        | AZUL   | SC e EV           | Vacinas e soluções aquosas |

# Clínica Médica

## Exemplo de Admissão Clínica Médica

7:00 h – Admitido na clínica medica proveniente do pronto socorro, veio deambulando acompanhado pela enfermagem, para tratamento de infecção do trato urinário. Lúcido, orientado, hipertenso, normocardico, eupneico, afebril. Refere fazer uso de Captopril 25 mg 1 comprimido pela manhã, tabagista 1 maço pro dia, estar em jejum .Nega etilismo, alergia e outras patologias. Peso 87 kg. Carimbo e assinatura do professor.

## Exemplo de anotação diária na Clínica Médica

Quarto: 4/Leito: 8

M.V.L.

14:00h Lúcida e orientada, normocorada, taquicardica, eupneica, febrícula e normotensa. Dieta por gavagem, acamada com movimentos ativos no leito. Presença de ferida em região calcânea D e E, região occipital e dorsal posterior. Edema +++ em MMII, traqueostomia, soroterapia em MSD e oxigenoterapia. Diurese presente em fralda ++, evacuação ausente 2 dias. Sem queixas algicas. Carimbo e assinatura do professor.

## Anotação para Dextro

14:05 Realizado teste Glicêmico conforme item 2 da PM com 217 mg/dl.. Carimbo e assinatura do professor.

## Anotação de Insulinoterapia

14:15 - Realizado insulinoterapia com 4UI conforme item 3 da PM na região posterior do antebraço. Carimbo e assinatura do professor.

## Anotação de Nebulização

15:00- Realizado nebulização conforme item3 da PM. Carimbo e assinatura do professor.

## Anotação de Banho no Leito

15:15 Realizado banho no leito, sem alterações de pele, alergia ao sabão ou hipermia as proeminências ósseas, limpeza s de unidade e troca de fralda com aplicação de medicamento Dersani em ferida na região sacral. Carimbo e assinatura do professor.

# Clínica Cirúrgica

## Exemplo de admissão

15:20 Admitido no PAGC ,proveniente do Pronto Socorro, veio deambulando acompanhada pela mãe, para cirurgia de Apendicectomia. Lúcida e orientada. Refere ser Asmática, faz uso de Clenil 250mg 2x ao dia, alérgica a AAS, estar em jejum . Nega etilismo, tabagismo e outras patologias. Peso 58 kg. Carimbo e assinatura do professor.

## Exemplo de anotação diária na clínica cirúrgica

O.S.S.H.,Q2,L3

15:30 Lúcido e orientado , normocorado, normotenso, ,afebril, eupneico, normocardico, acamado, em jejum pré cirúrgico. Soroterapia em região anterior do antebraço MSE, imobilização MIE, fratura de costela e clavícula E. Diurese quantidade ++ com auxílio de papagaio, cor amarelo claro ,odor fétido, evacuação ausente. Carimbo e assinatura do professor.

# Pediatria

## Admissão Pediatria

E.A.C.

12h00 Paciente menor acompanhado pelo pai proveniente PS local, lúcido orientado, deambulando, em boas condições de higiene, afebril, eupneico, sem queixas algícas no momento, apresenta edema em orifício ocular e com hiperemia e abertura dificultosa, AVP em MSE, salinizado. SIC com o pai desconhece alergias, uso de medicamentos. Carimbo e assinatura do professor.

## Anotação Diária na Pediatria

K.C.B. Q3, L5

13h00 Menor lúcido e orientado, normocorado, afebril, eupneico, deambula. Acesso multivia em dorso da mão D. SIC com a mãe aceitou todo o almoço, diurese ++ cor amarelo alaranjado odor característico, evacuação++ cor escura pastosa odor caracte-

OBS: Na pediatria o paciente sempre é destacado como menor e a SIC (segundo informações colhidas) sempre é feita com os pais ou responsáveis.



# Centro Cirúrgico

## Pré-operatório

- Data e hora do procedimento;
- Nível de consciência;
- Registro de alergias / intolerâncias;
- Tempo de jejum;
- Sinais vitais, Hemoglicoteste (HGT) outros;
- Presença e local de dispositivos o acesso venoso, sondas;
- Condições higiênicas;
- Anotar a presença e/ou retirada e guarda de artefatos e pertences: próteses, órteses, pertences, etc.;
- Condições psicológicas;
- Orientações;
- Esvaziamento vesical / sondagem;
- Preparo intestinal;
- Preparo da pele;
- Registro do tipo e local da cirurgia;
- Queixas;
- Intercorrências e providências adotadas;
- Encaminhamento do prontuário, exames pré-operatórios;
- Encaminhamento ao Centro Cirúrgico / Obstétrico;

### Tricotomia

- Data e hora da realização do procedimento;
- Condições da área onde será realizado procedimento;
- Objetivo do procedimento;
- Material utilizado;
- Intercorrências e/ou providências adotadas;

## Transoperatório

- Data e hora da Recepção no Centro Cirúrgico e encaminhamento à Sala Cirúrgica;
- Tipo de cirurgia;
- Orientações prestadas;
- Procedimentos / cuidados realizados, conforme prescrição ou rotina institucional – posicionamento, instalação e/ou retirada de eletrodos, monitor, placa de bisturi e outros dispositivos (acesso venoso, sondas, etc.);
- Composição da equipe cirúrgica;
- Dados do horário de início e término da cirurgia, conforme preconizado pela instituição;
- Tipo de curativo e local;
- Material coletado para exames de diagnóstico;
- Intercorrências durante o ato cirúrgico;
- Encaminhamento à Sala de Recuperação Pós-anestésica;
- Nome completo e Coren do responsável pelo procedimento.

# Pós-operatório Imediato

- Data e hora da recepção do paciente na RPA;
- Nível de consciência;
- Presença de cateteres e infusão (anotar quando houver bomba de infusão), drenos, sondas, curativos, trações e imobilizações;
- Presença de lesões de pele;
- Anotar débito e aspecto das secreções de drenos e sondas;
- Exames (laboratoriais e/ou imagem);
- Sinais vitais;
- Intercorrências e providências adotadas;
- Horário de encaminhamento ao setor pertinente;
- Transporte intra-hospitalar;
- Nome completo e Coren do responsável pelos procedimentos.

# Pós-operatório Mediato

- Data e hora de retorno à Unidade;
- Nível de consciência;
- Localização anatômica e aspecto do curativo cirúrgico;
- Tipo de exsudato se existente;
- Sinais vitais;
- Acesso venoso;
- Posicionamento no leito;
- Medidas de proteção;
- Presença de acompanhantes;
- Orientações ao paciente e à família;
- Entrega documentada dos pertences;
- Intercorrências e providências adotadas;
- Nome completo e Coren do responsável pelos procedimentos.

## Exemplo de admissão do Centro Cirúrgico

A.R, nº 33007, 28-09-16, 26 anos, 48 kg, proveniente de casa, acompanhada pela mãe para tratamento de colecistite + Colelitiase, em boas condições de higiene, sem necessidade de tricotomia. Queixa de dor em região abdominal difusa há +/- 3 meses, com melhora ao uso de Escopolamina + Dipirona VO. Nega doenças e uso de medicações contínuas, inclusive contraceptivos. Pai hipertenso. Refere hábitos alimentares saudáveis desde que foi diagnosticada há 2 meses, com ingestão de legumes, verduras, frutas, carnes magras e fibras. Nega atividade física. Relata ainda 2 hernioplastias em região inguinal bilateral há 22 e 18 anos, respectivamente. Desconhece alergia medicamentosa. No momento, lúcida, orientada e contactuante, deambula sem auxílio, mucosas preservadas e integras. Apresenta exames pré-operatórios + risco cirúrgico. Orientada sobre importância de manter grades elevadas, mobilidade física no leito, conforme orientação médica. Ciente sobre horário de visita e acompanhantes. P.A: 120/80 mmHg, P: 88 bpm, R: 17 rpm, 36,4°C e HGT: 98 mg/dl. Carimbo e assinatura do professor.

## Exemplo de anotação do pós-operatório Imediato

08:00 – Admitido na SRPA (Sala de Recuperação Pós-Anestésica), paciente sob efeito de raqui anestesia, sonolento porém respondendo a estímulos verbais, em decúbito dorsal, cabeça elevada à 30°. Mantendo AVP (Acesso Venoso Periférico) em MSE (Membro Superior Esquerdo) localizado no dorso da mão, infundindo soroterapia RL (Ringer Lactato). SVD (Sonda Vesical de Demora) foley 14 drenando 100 ml de diurese de coloração amarelo claro, até o momento. Curativo oclusivo, superficialmente seco, em região supra púbica feito pelo Dr. JK. Acoplado ao monitor multiparâmetro com P.A: 140/80 mmHg, FC: 89 bpm, FR: 18 rpm, SatO<sub>2</sub>: 95% e T: 36,5°C. Sem queixas álgicas no momento. Segue em observação. Carimbo e assinatura do professor.

## Exemplo de anotação do pós-operatório Mediato

- Data e hora de retorno à Unidade;
- Nível de consciência;
- Localização anatômica e aspecto do curativo cirúrgico;
- Tipo de exsudato se existente;
- Sinais vitais;
- Acesso venoso;
- Posicionamento no leito;
- Medidas de proteção;
- Presença de acompanhantes;
- Orientações ao paciente e à família;
- Entrega documentada dos pertences;
- Intercorrências e providências adotadas;
- Nome completo e Coren do responsável pelos procedimentos.

## Maternidade Cuidados na sala de parto

- Anotar data e hora da admissão da gestante na sala de parto;
- Nome do médico / enfermeiro responsável pelo procedimento;
- Anotar dados dos sinais vitais;
- Verificar e anotar informações referentes ao preparo da gestante;
- Anotar data e hora do nascimento;
- Anotar o Apgar do RN;
- Anotar o sexo e medidas antropométricas;
- Data e hora da transferência para a enfermaria / apartamento;
- Anotar intercorrências e providências adotadas;
- Queixas;
- Nome, número do Coren e função do profissional de enfermagem que executou os cuidados.

## Cuidados no pós-parto imediato

- Data e hora da admissão da puérpera;
- Anotar dados dos sinais vitais;
- Anotar a loquiação;
- Anotar a involução uterina;
- Anotar medicamentos administrados;
- Anotar, se houver, coletas de exames realizados;
- Anotar intercorrências tais como: palidez, sudorese, sangramento excessivo, sonolência, hematomas e ou edemas na ferida operatória ou episiorrafia, e providências adotadas;
- Anotar débito urinário em caso de cesária;
- Anotar presença de tampão vaginal e/ou retirada;
- Observar e anotar a presença de colostro;
- Anotar higiene realizada;
- Queixas;
- Nome completo e número do Coren do profissional que executou os cuidados.

## Exemplo de Admissão na Maternidade

17:00 Admitida neste setor proveniente da recepção, veio deambulando acompanhada pelo marido. Consciente, lúcida e orientada. Não refere queixas algicas. Gesta II, PC I, Aborto 0. Nega alergias, patologias e uso de medicamentos. Colhido 3 amostra de VDRL e HIV.TS:O+.VDRL e HIV Negativos. Sem perdas vaginais. Mantendo repouso no leito. Refere jejum desde 11:30h. Carimbo e assinatura do professor.

## Exemplo de anotação de pós-parto imediato

Q9/L21 – Paciente: A.Z.C.

14:00 Retornou do CC de maca ,acompanhada pela enfermagem. Mantendo repouso, normocorada, normotensa, bradipneica, normocardica e afebril. Em jejum pós cirúrgico. Soroterapia em dorso de MSD,curativo oclusivo em região supra-pubica com secreção sanguinolenta,útero contraído na altura da cicatriz umbilical ,SVD contendo 30 ml de diurese amarelo avermelhado. Lóquios quantidade +. Carimbo e assinatura do professor.

## Exemplo de anotação diária na maternidade

Essa anotação é feita quando o recém-nascido já esta no quarto com a mãe, assim observamos o estado da mãe e a temperatura cor e mobilidade do recém-nascido.

**OBS: cada anotação em seu prontuário.**

Paciente: I.S.S - Q 1, I 1

13:30 Puérpera, PC, lúcida e orientada, normotensa, normocardica , taquipneica e afebril. Deambula. Aceitou toda a dieta. Lóquio++ cor e odor característico. Refere diurese +++ cor amarelo alaranjado odor característico, Evacuação ausente, queixas algicas em incisão cirúrgica. Mantendo cicatriz cirúrgica seca. AAE. Carimbo e assinatura do professor.

## **Casa de Longa Permanência para Idosos**

### **Exemplo de anotação diária**

M.L.P. Q7.1

14:30 Lúcida e orientada, normocorada, normotensa, normocardica , eupneica e afebril. Refere ter aceitado todo o café. Diurese ++ cor amarelo claro e odor característico, evacuação ausente 2 dias. Sem queixas algicas. Carimbo e assinatura do professor.

## **Saúde Coletiva**

Nesse período de estágio a anotação de enfermagem consiste em anotações pontuais. Trata-se de registro pontual, que visa garantir o registro da situação em que o paciente se encontra naquele momento, dos procedimentos de enfermagem realizados ou não realizados e das observações feitas.

### **Exemplo de anotação em Saúde Coletiva**

13:00 – Administrado itens 1 e 2 da P.M na região do glúteo direito e esquerdo. COREN.

# UTI (Unidade de Terapia Intensiva)

Na UTI utilizamos termos mais técnicos pois possuímos diversos tipos de aparelhagem, ventiladores mecânicos, e portanto é importante relatar tudo o que o paciente mantém. Geralmente segue-se uma sequência de fatos para montar uma anotação de enfermagem. É importante relatar em hora real, pois assim se registra com maior precisão o horário que ocorreu a intercorrência.

## Exemplo de anotação diária na UTI

13:00 - Recebo plantão com paciente sedado, PIFR, entubado em ventilação mecânica em parâmetros de suporte, não responsivo a estímulos dolorosos e verbais, hipotenso, normocárdico, hipertérmico, saturando 93%, apresenta abdômen tenso e plano, lesão por pressão em região sacral e calcâneos bilaterais de aspecto necrosado, com curativo oclusivo de aspecto limpo e seco, mantendo SNE fechado recebendo dieta enteral em sistema aberto em BIC a 83ml/h com água nos intervalos, duplo-lúmen em VSCD com infusão de noradrenalina a 20ml/h, dobutamina a 15ml/h, ambos em via proximal, em via distal mantendo SC a 21ml/h, fentanil a 05ml/h, propofol a 10ml/h, dreno de penrose em hipocôndrio D com débito de 50ml em bolsa descartável de aspecto serohemático, incisão cirúrgica em abdômen de aspecto limpo e seco. AAE. Carimbo e assinatura do professor.

14:00 - Realizado banho no leito, troca de roupas de cama (eliminação intestinal presente pastosa amolecida, e vesical pouco presente por SVD aspecto amarelo citrino), troca de curativo em AVC (feito anti-sepsia com SF 0,9% e clorex alcoólico e ocluido com gaze III), região sacral e calcâneos (feito anti-sepsia com SF 0,9%, aplicado Kollagenase e ocluido com gaze III), massagem de conforto com hidratante do próprio paciente, mudança de decúbito conforme protocolo, rodízio de oximetria. Carimbo e assinatura do professor.

15:15 - Iniciado procedimento de hemodiálise pela equipe da nefrologia, com duração de 4 horas, com programação de perda de 1,800ml, e utilização de 1 CC de heparina. Segue em observação da enfermagem. Carimbo e assinatura do professor.

17:30 - Paciente apresentou hipotensão severa sendo interrompido o processo de hemodiálise, comunicado ao plantonista e o mesmo solicitou para alterar as vazões de noradrenalina para 35ml/h e propofol para 05ml/h. Carimbo e assinatura do professor.

18:00 - Paciente apresentou hipertensão sendo comunicado ao plantonista e feito alteração de noradrenalina para 30ml/h.

19:00 - Passo o plantão com médico ciente dos sinais vitais e sem intercorrências. Carimbo e assinatura do professor.

### **\*Siglas da anotação de UTI**

PIFR - Pupilas isocóricas fotoreagentes

SNE- Sonda Nasoenteral

BIC- Bomba de infusão contínua.

VSCD- Veia subclávia direita

SC – Substância Cinzenta

SVD – Sonda vesical de demora

AVC – Acesso venoso central

CC – Centímetro cúbico

# Lista de Siglas

## **A:**

ABD – Abdômen.

ACV – Aparelho cardiovascular.

AD – Átrio direito

AE – Átrio esquerdo

AIDS – Síndrome da imunodeficiência adquirida.

AP – Antecedentes pessoais.

AR – Aparelho respiratório.

ATC – Angioplastia.

AVCH – Acidente vascular cerebral hemorrágico.

AVCI – Acidente vascular cerebral isquêmico.

## **B:**

BAVT – Bloqueio atrioventricular total.

BCP – Broncopneumonia.

BEG – Bom estado Geral.

BH – Balanço Hídrico.

BRNF – Bulhas rítmicas normofonéticas.

## **C:**

CAT – Cateterismo cardíaco.

CC – Centímetro cúbico.

CC – Centro cirúrgico.

CCC – Colecistite calculosa crônica.

CCG – Cuidados e controles gerais.

CCIH – Comissão de controle de infecção hospitalar.

CD – Conduta

CIA – Comunicação intra-atrial.

CIPA – Comissão interna de prevenção de acidentes.

CIV – Comunicação interventricular.

CME – Centro de material esterilizado.

CO<sub>2</sub> – Gás carbônico.

CX – Circunflexa.

## **D:**

DI – Dia de internação.

DIU – Dispositivo intra-uterino.

DM – Diabetes mellitus.

DPOC – Doença pulmonar obstrutiva crônica.

DUM – Data da ultima menstruação.

## **E:**

EAP – Edema agudo de pulmão.

ECG – Eletrocardiograma.

ECO – Ecocardiograma.

EEG – Eletroencefalograma.

EOT – Entubação orotraqueal.

EP – Embolia pulmonar.

EV – Endovenoso.

EVAC – Evacuação.

## **F:**

FA – Fibrilação atrial.

FC – Frequência cardíaca.

FR – Frequência respiratória.

FSH – Hormônio folículo – estimulante.

FV – Fibrilação ventricular.

## **G:**

GECA – Gastroenterocolite aguda.

GIG – Grande para idade gestacional.

GT – Gota.

## **H:**

HAS – Hipertensão arterial sistêmica.

HB – Hemoglobina.

HDA – Hemorragia digestiva alta.

HDB – Hemorragia digestiva baixa.

HIV – Vírus da imunodeficiência humana.

HP – História pregressa.

HPMA – História pregressa da moléstia atual.

HT – Hematócrito.

**I:**

IAM – Infarto agudo do miocárdio.

IC – Intracath.

ICC – Insuficiência cardíaca congestiva.

ICo – Insuficiência coronariana.

ID – Intradérmico.

IM – Intramuscular.

IRA – Insuficiência renal aguda.

IRC – Insuficiência renal crônica.

ITU – Infecção do trato urinário.

IV – Intravenoso.

**L:**

LER – Lesão por esforços repetitivos.

LH – Hormônio luteinizante.

**M:**

MEG – Mau estado geral.

MI – Membro inferior.

ml – Mililitro.

MMII – Membros inferiores.

MMSS – Membros superiores.

MP – Marcapasso.

MPA – Medicação pré anestésica.

MS – Membro superior.

MV – Murmúrio vesicular.

**N:**

NDN – Nada digno de nota.

NEO – Neoplasia.

NPP – Nutrição parenteral prolongada.

**O:**

O2 – Oxigênio.

**P:**

P – Pulso.

PA – Pressão Arterial.

PCR – Parada cardiorespiratória.

PIG – Pequeno para idade gestacional.

PVC – Pressão venosa central.

**R:**

RCD – Rebordo costal direito.

RCE – Rebordo costal esquerdo.

RCI – Ritmo cardíaco irregular.

RCR – Ritmo cardíaco regular.

REG – Bom estado geral.

RHA – Ruídos hidroaéreos.

RL – Riger lactato.

RM – Revascularização do miocárdio.

RN – Recém-nascido.

RS – RS

**S:**

S/RA – Sem ruídos adventícios.

S/VM – Sem visceromegalias.

SARA – Síndrome da angustia respiratória no adulto.

SC – Subcutâneo.

SF – Soro fisiológico.

SG – Soro glicosado.

SGF – Soro glicofisiológico.

SIC – Segundo informações colhidas.



SNA – Sistema nervoso autônomo.

SNC – Sistema nervoso central.

SNE – Sonda nasoentérica.

SNG – Sonda nasogástrica.

SNP – Sistema nervoso periférico.

**T:**

T – Temperatura.

Tb – Tuberculose.

TCE – Traumatismo crânio-encefálico.

TCM – Triglicérides de cadeia média.

TU – Tumor.

**U:**

UTI – Unidade de terapia intensiva.

**V:**

VD – Ventrículo direito.

VE – Ventrículo esquerdo.

VJD – Veia jugular direita.

VJE – Veia jugular esquerda.

VO – Via oral.

VSCD – Veia subclávia direita.

VSCE – Veia subclávia esquerda.

Utilizou-se **ATE** para o Aluno Técnico em Enfermagem.

É essencial o carimbo e assinatura do professor após a anotação do aluno, pois este ainda não tem registro profissional para atuar.

# Referências Bibliográficas

GUIA DE RECOMENDAÇÕES para registro de enfermagem no prontuário do paciente e outros documentos de enfermagem, COFEN conselho federal de enfermagem. Arquivo PDF disponível em: [www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/06/anexo-resolucao514-16.PDF](http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/06/anexo-resolucao514-16.PDF)

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM. Reflexo do cuidado. Autores: Elaine Emi Ito, Maria Aparecida Modesto dos Santos, Odete Gazzzi, Saturnina Alves Silva Martins, Simone Alexandra Manenti e Vanessa de Araujo Rodrigues. São Paulo, 1º Edição. Editora Martinari (2011)

FUNDAMENTOS E PRÁTICAS para estágio em enfermagem. Autores: Viviane Euzébia Pereira Santos e Dirce Lalplaca Viana. São Paulo, 4º Edição. Editora Yendis (2015)

Imagem 1 - Ângulo de aplicação: <https://goo.gl/images/G2Z1QQ>

Imagem 2 - Locais de aplicação: <https://goo.gl/images/SgTI8R>

Imagem 3 - Local de aplicação Intradérmica: <https://goo.gl/images/jDuTLt>

Imagem 4 - Local de aplicação Subcutânea: <https://goo.gl/images/jyM4G4>

Imagem 5 - Estrutura da seringa: <https://goo.gl/images/uLHpgU>

Imagem 6 - Classificação do bico da seringa: <https://goo.gl/SrQ515>