



GUIA DE MODELOS DE ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

ENFERMEIROS DO BEM

RICHARD LAHOZ



GUIA DE MODELOS DE ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM ENFERMEIROS DO BEM

RICHARD LAHOZ



Sobre o autor

Richard Lahoz é um executivo com 26 anos de experiência no setor de saúde, com uma trajetória profissional marcada pela inovação e dedicação à excelência operacional. Atualmente na função de Operating Partner do Kinea, ele se destaca por sua habilidade em liderar operações complexas em diversas regiões do Brasil, impulsionando o crescimento e a eficiência organizacional. Fundador da Comunidade Enfermeiros do Bem e com uma sólida experiência em grupos de saúde de renome como Oncoclínicas (DO) Unity (COO) Rede D'Or São Luiz (DO) e Opty (COO), Richard combina uma base educacional forte em enfermagem e auditoria de serviços de saúde com uma paixão por empoderar profissionais da saúde. Seu compromisso com a melhoria contínua dos serviços de saúde e sua capacidade de inspirar equipes a alcançarem excelência fazem dele um modelo de liderança transformacional no setor de saúde, Richard também teve passagens pelo Hospital Alemão Oswaldo Cruz, BP e Sul América.



Índice

Introdução	07
Importância para o registro de enfermagem para a qualidade do cuidado	08
Princípios básicos do registro de enfermagem	10
10 passos para elaboração de evoluções de enfermagem	12
Orientações para anotações de enfermagem precisas e detalhadas	14
Modelo de evolução de enfermagem	17
Exemplo de evolução de enfermagem	21
Exemplos de anotações de enfermagem	25
Anotações de procedimentos de enfermagem	
• Admissão do paciente	28
• Alta do paciente	33

Índice

• Administração de medicamentos	35
• Acesso venoso periférico	39
• Avaliação de nível de consciência	43
• Curativo	45
• Banhos e higiênes	48
• Inalação / Nebulização	54
• Mudança de decúbito	56
• Nutrição enteral	57
• Nutrição parenteral	58
• Óbito	59
• Punção arterial	60
• Punção venosa central (PVC)	61
• Pressão arterial média (PAM)	62
• Pré-operatório	63
• Transoperatório	65
• Pós-operatório	67
• Deambulação	69
• Retirada de pontos	71
• Sinais vitais	73
• Transferência interna	74
• Transferência externa	75
• Tricotomia	77
• Vacina	79
• Dor	81
Registro em prontuário	83
Conclusão	86
Referências bibliográficas	87



Introdução

Bem-vindo ao Guia de modelos de anotações de enfermagem - Enfermeiros do Bem. Este ebook é uma ferramenta indispensável para enfermeiros recém-formados e experientes que buscam aprimorar suas habilidades de documentação e fornecer um cuidado de qualidade aos pacientes.

Como parte da Comunidade Enfermeiros do Bem, estamos comprometidos em unir, capacitar e fortalecer a enfermagem em todas as suas vertentes. Este ebook é uma extensão desse compromisso, oferecendo orientações práticas e diretas para ajudá-lo a se destacar na sua prática diária.

O autor, Richard Lahoz, é um enfermeiro apaixonado pela profissão e com uma vasta experiência na área. Com uma pós-graduação em auditoria dos serviços de saúde, Richard traz uma visão única e abrangente sobre a importância do registro de enfermagem no contexto da assistência à saúde.

Neste ebook, você encontrará exemplos claros e sugestões de anotações e evoluções, sempre baseados nos critérios estabelecidos pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Nosso objetivo é capacitar você a documentar de forma precisa, ética e eficaz, garantindo a continuidade do cuidado e a segurança do paciente.

Prepare-se para mergulhar em um mundo de conhecimento prático e aplicável, que irá revolucionar a maneira como você registra o seu trabalho como enfermeiro. Estamos aqui para guiá-lo em cada passo do caminho.

Vamos juntos transformar a enfermagem e fazer a diferença na vida dos nossos pacientes. Estamos prontos para começar essa jornada de aprendizado e crescimento? Então, vamos lá!

Importância do registro de enfermagem para a qualidade do cuidado

O registro de enfermagem desempenha um papel crucial na promoção da qualidade do cuidado prestado aos pacientes. É mais do que apenas um procedimento administrativo; é uma ferramenta essencial para documentar, comunicar e avaliar a assistência de enfermagem. A importância do registro de enfermagem para a qualidade do cuidado é multifacetada e abrange diversos aspectos:

1. Comunicação Efetiva: Os registros de enfermagem servem como uma forma de comunicação entre os profissionais de saúde. Eles permitem que a equipe de enfermagem compartilhe informações relevantes sobre o estado do paciente, os cuidados prestados, as respostas aos tratamentos e as mudanças no quadro clínico. Isso ajuda a manter a continuidade do cuidado, garantindo que todos os membros da equipe estejam atualizados e alinhados em relação ao plano de cuidados.

2. Tomada de Decisão Baseada em Evidências: Os registros fornecem um histórico detalhado das intervenções de enfermagem, avaliações e resultados. Essas informações são essenciais para a tomada de decisões clínicas fundamentadas em evidências. Ao revisar os registros, os enfermeiros podem identificar padrões, tendências ou áreas que necessitam de intervenção adicional, contribuindo para uma abordagem mais precisa e eficaz no cuidado ao paciente.

3. Monitoramento da Condição do Paciente: O registro de enfermagem permite que os profissionais monitorem de perto o estado de saúde do paciente ao longo do tempo. Isso inclui observações vitais, sintomas relatados, administração de medicamentos, resultados de exames e outras informações relevantes. O acompanhamento regular por meio dos registros ajuda a detectar precocemente qualquer mudança significativa no quadro clínico do paciente, possibilitando intervenções oportunas e preventivas.

Importância do registro de enfermagem para a qualidade do cuidado

4. Promoção da Segurança do Paciente: Um registro de enfermagem completo e preciso é essencial para garantir a segurança do paciente. Isso inclui documentar com precisão as alergias, medicamentos prescritos, procedimentos realizados e quaisquer incidentes ou complicações que ocorram durante a hospitalização. Essas informações ajudam a evitar erros de medicação, identificar potenciais riscos à saúde e garantir que o paciente receba o cuidado mais seguro possível.

5. Legalidade e Responsabilidade Profissional: Os registros de enfermagem são documentos legais que podem ser usados como evidência em casos de litígios, auditorias ou revisões de qualidade. Portanto, é essencial que sejam completos, precisos, legíveis e aderentes às políticas e procedimentos organizacionais. Além disso, os registros demonstram a responsabilidade profissional dos enfermeiros ao fornecerem um registro detalhado de suas ações e decisões durante o cuidado ao paciente.

Em suma, o registro de enfermagem desempenha um papel fundamental na promoção da qualidade do cuidado ao paciente, facilitando a comunicação efetiva, subsidiando a tomada de decisões clínicas, monitorando a condição do paciente, promovendo a segurança e garantindo a legalidade e a responsabilidade profissional. Portanto, é essencial que os enfermeiros dediquem tempo e atenção adequados à documentação precisa e completa das informações relacionadas aos cuidados prestados.

Princípios básicos do registro de enfermagem

Os princípios básicos do registro de enfermagem são fundamentais para garantir a qualidade, precisão e integridade das informações registradas. Eles também asseguram que o processo de documentação esteja em conformidade com os padrões éticos e legais. Aqui estão os princípios essenciais:

1. Precisão e Objetividade: Os registros de enfermagem devem ser precisos e objetivos, refletindo fielmente os fatos e eventos ocorridos durante a prestação do cuidado. Isso significa que as informações registradas devem ser baseadas em observações reais, dados mensuráveis e avaliações clínicas, evitando especulações ou juízos de valor subjetivos.

2. Clareza e Legibilidade: É essencial que os registros sejam claros e legíveis para garantir que outras pessoas possam compreendê-los facilmente. Isso inclui o uso de terminologia padronizada, evitando abreviações ambíguas e garantindo uma escrita legível e organizada. A clareza no registro promove uma comunicação eficaz entre os membros da equipe de saúde e reduz o risco de erros de interpretação.

3. Confidencialidade e Privacidade: Os registros de enfermagem contêm informações sensíveis sobre a saúde e o bem-estar dos pacientes, portanto, é crucial proteger sua confidencialidade e privacidade. Os enfermeiros são obrigados por lei e ética a manter todas as informações dos pacientes em sigilo, compartilhando-as apenas com membros autorizados da equipe de saúde envolvidos no cuidado direto do paciente.

4. Oportunidade e Continuidade: Os registros devem ser feitos de forma oportuna e contínua, registrando as informações enquanto estão frescas na mente do profissional de enfermagem e garantindo a continuidade do cuidado. Isso significa que as anotações devem ser feitas imediatamente após a prestação do cuidado, sem adiamentos desnecessários, para garantir a precisão e a integridade das informações registradas ao longo do tempo.

Princípios básicos do registro de enfermagem

5. Ética e Legalidade: Os enfermeiros são responsáveis por garantir que seus registros estejam em conformidade com os padrões éticos e legais estabelecidos pela legislação e pelos códigos de ética profissional. Isso inclui a documentação precisa de todas as intervenções realizadas, respeitando os direitos e a autonomia do paciente, e evitando qualquer forma de falsificação, omissão ou distorção das informações.

Em resumo, os princípios básicos do registro de enfermagem enfatizam a importância da precisão, clareza, confidencialidade, oportunidade, continuidade, ética e legalidade na documentação do cuidado prestado aos pacientes. Ao aderir a esses princípios, os enfermeiros podem garantir registros de alta qualidade que apoiam a segurança, a eficácia e a excelência no cuidado de enfermagem.

10 passos para elaboração de evoluções de enfermagem

As evoluções de enfermagem são registros essenciais que documentam o progresso do paciente ao longo do tempo, refletindo as intervenções realizadas, as respostas do paciente e quaisquer mudanças no seu estado de saúde. A seguir, apresentamos um passo a passo para a elaboração adequada das evoluções de enfermagem:

1. Coleta de Dados:

- Antes de iniciar a elaboração da evolução, é crucial coletar dados relevantes sobre o paciente. Isso inclui informações como sinais vitais, estado mental, integridade da pele, resposta a medicamentos e procedimentos, entre outros.

2. Organização das Informações:

- Organize as informações coletadas de forma clara e objetiva. Agrupe os dados por sistemas corporais, se aplicável, para facilitar a compreensão e a análise do estado do paciente.

3. Identificação do Momento da Evolução:

- Registre a data e a hora da evolução para garantir que o registro esteja atualizado e relacionado ao momento específico do cuidado prestado.

4. Avaliação do Estado do Paciente:

- Descreva o estado atual do paciente com base nas informações coletadas. Isso pode incluir a avaliação de sinais vitais, função respiratória, cardiovascular, neurológica, integridade da pele, nível de dor, entre outros aspectos relevantes.

5. Descrição das Intervenções Realizadas:

- Detalhe as intervenções de enfermagem realizadas desde a última evolução. Isso pode abranger administração de medicamentos, realização de procedimentos, assistência de enfermagem prestada, suporte emocional ao paciente e à família, entre outras ações.

10 passos para elaboração de evoluções de enfermagem

6. Registro de Respostas do Paciente:

- Registre as respostas do paciente às intervenções realizadas, destacando quaisquer melhorias, pioras ou mudanças significativas em seu estado de saúde.

7. Análise e Interpretação dos Dados:

- Analise os dados registrados e interprete seu significado clínico. Identifique tendências, padrões ou anomalias que possam exigir intervenções adicionais ou ajustes no plano de cuidados.

8. Formulação de Planos de Cuidados Atualizados:

- Com base na análise dos dados, atualize o plano de cuidados do paciente conforme necessário. Inclua novas intervenções ou modifique as existentes para garantir uma abordagem holística e eficaz ao cuidado do paciente.

9. Revisão e Assinatura:

- Revise a evolução para garantir precisão, clareza e conformidade com as políticas e procedimentos institucionais. Assine a evolução para validar as informações registradas e assumir a responsabilidade pelo cuidado prestado.

10. Comunicação Interdisciplinar:

- Compartilhe as informações registradas na evolução com outros membros da equipe de saúde de forma clara e oportuna. Isso promove uma comunicação eficaz e colaborativa, facilitando a coordenação do cuidado e a tomada de decisões compartilhadas.

Seguindo este passo a passo, os profissionais de enfermagem podem elaborar evoluções abrangentes e precisas que contribuem para a qualidade e segurança do cuidado prestado aos pacientes.

Orientações para anotações de enfermagem precisas e detalhadas

A precisão e a detalhamento das anotações são aspectos essenciais do registro de enfermagem, pois garantem a comunicação eficaz entre os membros da equipe de saúde, a continuidade do cuidado e a segurança do paciente. Este capítulo destaca as orientações fundamentais para a realização de anotações precisas e detalhadas, bem como a importância de manter registros atualizados e legíveis.

1. Utilize uma Linguagem Clara e Objetiva:

- Ao realizar anotações, utilize uma linguagem simples, clara e objetiva. Evite termos ambíguos ou jargões técnicos que possam dificultar a compreensão por outros profissionais de saúde.

2. Registre Informações Relevantes:

- Registre apenas informações relevantes para o cuidado do paciente. Isso inclui dados clínicos, observações importantes, intervenções realizadas, respostas do paciente e qualquer mudança significativa no seu estado de saúde.

3. Seja Conciso e Detalhado:

- Seja conciso ao registrar as informações, mas não sacrifique os detalhes importantes. Forneça detalhes suficientes para permitir uma compreensão abrangente do estado do paciente e das ações tomadas pela equipe de enfermagem.

4. Utilize Técnicas de Documentação Padronizadas:

- Utilize técnicas de documentação padronizadas, como o Sistema de Classificação de Resultados de Enfermagem (NOC) e a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC), quando apropriado. Isso promove consistência e facilita a interpretação das anotações por outros profissionais de saúde.

Orientações para anotações de enfermagem precisas e detalhadas

5. Mantenha Registros Atualizados e em Tempo Real:

- Mantenha os registros atualizados e em tempo real, registrando as informações logo após a realização das intervenções ou observações. Isso garante a precisão das anotações e evita a perda de informações importantes.

6. Evite Abreviações Excessivas:

- Evite o uso excessivo de abreviações, pois estas podem levar a erros de interpretação. Utilize abreviações reconhecidas e padronizadas, mas evite criar abreviações próprias que possam ser mal compreendidas por outros profissionais.

7. Documente Mudanças Significativas no Estado do Paciente:

- Documente todas as mudanças significativas no estado do paciente, incluindo alterações nos sinais vitais, sintomas, resposta a medicamentos e intervenções realizadas. Isso ajuda a identificar rapidamente qualquer deterioração no estado do paciente e a tomar medidas apropriadas.

8. Revise e Corrija Erros:

- Revise suas anotações regularmente para garantir precisão e corrija quaisquer erros ou omissões identificados. Isso ajuda a manter a integridade e a confiabilidade dos registros de enfermagem.

Orientações para anotações de enfermagem precisas e detalhadas

Importância de Manter Registros Atualizados e Legíveis:

Manter registros atualizados e legíveis é fundamental para garantir a qualidade e a segurança do cuidado prestado aos pacientes. Essa prática promove uma comunicação eficaz entre os membros da equipe de saúde, facilita a continuidade do cuidado e fornece um histórico completo do paciente. Além disso, registros legíveis reduzem o risco de erros de interpretação e contribuem para a prestação de cuidados seguros e eficazes. Portanto, é crucial que os profissionais de enfermagem dediquem atenção especial à precisão e à clareza de suas anotações, seguindo as orientações apresentadas neste capítulo.

Modelo de evolução de enfermagem

O modelo de evolução de enfermagem apresentado fornece uma estrutura abrangente e organizada para documentar o progresso e o cuidado do paciente ao longo do tempo. Iniciando com a identificação do paciente e uma breve história clínica, o modelo inclui detalhes sobre queixas principais, histórico médico, progresso, medicações atuais e um exame físico completo. Em seguida, oferece uma avaliação de enfermagem, destacando diagnósticos prioritários e um plano de cuidados detalhado, com objetivos, intervenções e critérios de avaliação. A seção de evolução permite registrar o progresso do paciente e qualquer mudança em seu estado clínico, enquanto a educação do paciente/família destaca as informações educativas fornecidas durante a internação. Este modelo serve como uma ferramenta valiosa para garantir anotações precisas e abrangentes, contribuindo para a qualidade e continuidade do cuidado ao paciente.

Evolução de Enfermagem:

Data: [Data da Evolução]

Identificação do Paciente:

- Nome: [Nome do Paciente]
- Idade: [Idade do Paciente]
- Sexo: [Sexo do Paciente]
- Diagnóstico Médico: [Diagnóstico Médico do Paciente]
- Número do Prontuário: [Número do Prontuário do Paciente]

Queixa Principal:

[Descreva a queixa principal do paciente conforme relatado por ele ou pelo cuidador.]

Modelo de evolução de enfermagem

História da Doença Atual:

[Resumo da história da doença atual, incluindo início, duração, progressão dos sintomas e fatores desencadeantes.]

História Médica Progressiva:

[Descreva brevemente a história médica progressiva do paciente, incluindo doenças crônicas, cirurgias anteriores, hospitalizações e alergias conhecidas.]

Medicações Atuais:

[Liste todas as medicações que o paciente está tomando atualmente, incluindo dosagem, via de administração e frequência.]

Exame Físico:

- Sinais Vitais:

- PA: [Pressão Arterial]
- FC: [Frequência Cardíaca]
- FR: [Frequência Respiratória]
- T: [Temperatura]
- SatO2: [Saturação de Oxigênio]

- Gerais:

[Descreva o estado geral do paciente, incluindo nível de consciência, aparência geral, hidratação e nutrição.]

- Sistema Respiratório:

[Descreva qualquer anormalidade encontrada durante a ausculta pulmonar, presença de dispneia, tosse, etc.]

Modelo de evolução de enfermagem

Sistema Cardiovascular:

[Descreva qualquer anormalidade encontrada durante a ausculta cardíaca, presença de edema, alterações no pulso, etc.]

- Sistema Gastrointestinal:

[Descreva qualquer anormalidade encontrada durante a ausculta abdominal, presença de dor, náusea, vômitos, etc.]

- Sistema Neurológico:

[Descreva o estado de consciência, pupilas, reflexos, força muscular, etc.]

- Pele e Mucosas:

[Descreva a cor, temperatura, turgor e integridade da pele, bem como qualquer presença de lesões, úlceras, etc.]

Avaliação de Enfermagem:

[Interpretação dos achados do exame físico e sua correlação com a história clínica do paciente. Identifique problemas de enfermagem prioritários.]

Diagnósticos de Enfermagem:

1. [Diagnóstico de Enfermagem Prioritário 1]

- Raciocínio: [Explique o raciocínio por trás do diagnóstico]

- Intervenções Planejadas: [Liste as intervenções que serão implementadas para resolver este diagnóstico]

2. [Diagnóstico de Enfermagem Prioritário 2]

- Raciocínio: [Explique o raciocínio por trás do diagnóstico]

- Intervenções Planejadas: [Liste as intervenções que serão implementadas para resolver este diagnóstico]

Modelo de evolução de enfermagem

Plano de Cuidados de Enfermagem:

- Objetivos:
 - [Objetivo 1]
 - [Objetivo 2]
- Intervenções:
 - [Intervenção 1]
 - [Intervenção 2]
- Avaliação:
 - [Critérios de Avaliação]
 - [Resultado da Avaliação]

Evolução:

[Descreva o progresso do paciente desde a admissão até o momento da evolução atual, incluindo mudanças no estado clínico, resposta ao tratamento e qualquer intervenção realizada.]

Educação do Paciente/Família:

[Descreva qualquer informação educativa fornecida ao paciente ou à família durante o período de internação, incluindo instruções de alta, medicação, dieta, etc.]

Assinatura:

[Seu Nome e Cargo]

Este modelo fornece uma estrutura abrangente para documentar a evolução do paciente, incluindo informações cruciais do histórico, exame físico, avaliação de enfermagem, diagnósticos de enfermagem, plano de cuidados, evolução e educação do paciente/família. Os alunos podem adaptar este modelo de acordo com as necessidades específicas do paciente e a política de documentação da instituição onde estão realizando as práticas clínicas.

Exemplo de evolução de enfermagem

Modelo Completo de Evolução de Enfermagem:

Evolução de Enfermagem:

Data: 18 de março de 2024

Identificação do Paciente:

- Iniciais do Paciente: J.S.
- Idade: 55 anos
- Sexo: Masculino
- Diagnóstico Médico: Infarto Agudo do Miocárdio
- Número do Prontuário: 123456789

Queixa Principal:

O paciente relata dor no peito súbita e intensa.

História da Doença Atual:

J.S. apresentou dor no peito súbita e opressiva há cerca de 2 horas, acompanhada de sudorese profusa e náuseas. Ele foi trazido ao pronto-socorro imediatamente pela esposa.

História Médica Progressa:

J.S. possui histórico de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus tipo 2. Ele fez uma angioplastia coronariana há 5 anos.

Medicações Atuais:

- AAS 100 mg, 1 comprimido ao dia
- Enalapril 10 mg, 1 comprimido ao dia
- Metformina 500 mg, 2 comprimidos ao dia

Exemplo de evolução de enfermagem

Exame Físico:

- **Sinais Vitais:**
 - PA: 160/90 mmHg
 - FC: 100 bpm
 - FR: 20 irpm
 - T: 36.8°C
 - SatO2: 98% em ar ambiente

Gerais:

- O paciente está consciente e orientado, porém ansioso. Pele pálida e úmida. Hidratação adequada.

Sistema Respiratório:

- Sem ruídos adventícios. FR normal.

Sistema Cardiovascular:

- Ausculta cardíaca revela S1 e S2 normofonéticos, sem sopros. FC regular.

Sistema Gastrointestinal:

- Abdome flácido, sem dor à palpação.

Sistema Neurológico:

- Alerta e orientado no tempo e espaço. Sem déficits motores ou sensitivos.
- Pele e Mucosas:
- Pele fria, sem lesões aparentes.

Exemplo de evolução de enfermagem

Avaliação de Enfermagem:

O paciente apresenta sintomas compatíveis com infarto agudo do miocárdio, necessitando de monitorização e intervenções imediatas para estabilização.

Diagnósticos de Enfermagem:

1. Dor Aguda relacionada a isquemia miocárdica.

- Raciocínio: A dor torácica intensa associada à sudorese sugere um quadro de infarto agudo do miocárdio.
- Intervenções Planejadas: Administrar analgésicos conforme prescrição médica, monitorar dor e avaliar resposta à terapia.

1. Ansiedade relacionada à situação de emergência e desconforto físico.

- Raciocínio: O paciente está ansioso devido à dor no peito e à situação de emergência.
- Intervenções Planejadas: Fornecer apoio emocional, explicar procedimentos e garantir conforto ao paciente.

Plano de Cuidados de Enfermagem:

- Objetivos:
 - Aliviar a dor torácica.
 - Reduzir os níveis de ansiedade.
- Intervenções:
 - Administrar AAS conforme prescrição médica.
 - Oferecer suporte psicológico e orientações sobre o procedimento de angioplastia.

Exemplo de evolução de enfermagem

Evolução:

O paciente foi encaminhado para a unidade coronariana, onde recebeu tratamento com angioplastia coronariana. Sua dor no peito diminuiu significativamente após o procedimento. Os sinais vitais permanecem estáveis e o paciente está mais calmo e cooperativo.

Educação do Paciente/Família:

A esposa de J.S. foi instruída sobre a importância da adesão ao tratamento medicamentoso, dieta balanceada e atividade física regular. Ela recebeu orientações sobre sinais e sintomas de alerta e a importância de procurar ajuda médica imediata em caso de recorrência dos sintomas.

Assinatura:

Enf. Richard Lahoz, Enfermeiro Especialista em Cardiologia

Exemplos de anotações de enfermagem

Anotação de Enfermagem 1:

Data: 18 de março de 2024

Hoje, J.S., um paciente do sexo masculino de 55 anos, foi admitido na unidade com queixa principal de dor torácica súbita e opressiva, associada a sudorese profusa e náuseas. Ele tem um histórico médico significativo de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus tipo 2, com angioplastia coronariana realizada há 5 anos.

Durante o exame físico, os sinais vitais de J.S. estavam dentro da normalidade, com uma pressão arterial de 160/90 mmHg, que está acima dos valores de referência para a sua condição de hipertenso. Sua frequência cardíaca estava elevada, com 100 bpm, e a frequência respiratória estava em 20 irpm. Sua temperatura estava dentro da normalidade, 36.8°C, e a saturação de oxigênio estava em 98% em ar ambiente.

Ele estava consciente, orientado, mas ansioso. A ausculta pulmonar não revelou ruídos adventícios, e a ausculta cardíaca demonstrou um ritmo regular, sem sopros. Seu abdome estava flácido e indolor à palpação, e seu estado neurológico estava preservado, sem déficits motores ou sensitivos.

Com base na avaliação de enfermagem, foi identificado que J.S. apresenta sintomas consistentes com infarto agudo do miocárdio, exigindo intervenção imediata para estabilização. Sua ansiedade é evidente, relacionada à dor e à situação de emergência.

Os diagnósticos de enfermagem incluem dor aguda relacionada à isquemia miocárdica e ansiedade relacionada à situação de emergência e desconforto físico. Planejamos aliviar a dor de J.S. com a administração de analgésicos conforme prescrição médica e monitorar sua resposta à terapia. Além disso, forneceremos suporte emocional e informações claras sobre o quadro clínico e os procedimentos em andamento para reduzir sua ansiedade.

Exemplos de anotações de enfermagem

J.S. foi encaminhado à unidade coronariana, onde recebeu angioplastia coronariana com sucesso. Sua dor torácica foi controlada após o procedimento, e sua estabilidade hemodinâmica foi mantida. Ele respondeu adequadamente ao tratamento, e o monitoramento rigoroso será mantido.

A família de J.S. foi informada sobre seu quadro clínico, os procedimentos realizados e os cuidados pós-procedimento necessários. Orientações detalhadas foram fornecidas sobre medicações, dieta e sinais de alerta.

Atenciosamente,

Enf. Richard Lahoz, Enfermeiro Especialista em Cardiologia

Exemplos de anotações de enfermagem

Anotação de Enfermagem 2:

Data: 18 de março de 2024

Hoje, M.R., uma paciente do sexo feminino de 70 anos, foi admitida na unidade com queixa principal de tosse persistente, febre e dificuldade respiratória. Ela apresenta um histórico médico significativo de hipertensão arterial sistêmica e asma controlada, além de ser fumante há 30 anos.

Durante o exame físico, M.R. mostrou sinais de desconforto e cansaço, com respiração superficial e rápida. A ausculta pulmonar revelou crepitações em bases pulmonares bilaterais, sugerindo pneumonia comunitária. Seus sinais vitais mostraram uma temperatura elevada de 38.5°C e uma saturação de oxigênio de 92% em ar ambiente.

Com base na avaliação de enfermagem, foi identificado que M.R. apresenta sinais e sintomas sugestivos de pneumonia comunitária, com comprometimento respiratório significativo.

Os diagnósticos de enfermagem incluem troca de gases prejudicada relacionada à diminuição da capacidade pulmonar devido à pneumonia e intolerância à atividade relacionada à dispneia e fraqueza geral.

O plano de cuidados de enfermagem inclui a administração de oxigênio conforme prescrição médica, monitoramento dos sinais vitais e da saturação de oxigênio, promoção do repouso e conforto do paciente e avaliação da eficácia das intervenções na melhoria dos sintomas respiratórios.

M.R. foi iniciada em terapia antibiótica e oxigênio suplementar, com sinais de melhora em sua dispneia e conforto. A família foi devidamente orientada sobre os cuidados a serem seguidos em casa e os sinais de alerta que exigem atenção médica imediata.

Atenciosamente,

Enf. Richard Lahoz, Enfermeiro Especialista em Pneumologia

Anotações de procedimentos de enfermagem

Admissão do paciente

A anotação de enfermagem no processo de admissão do paciente é crucial para estabelecer um registro inicial completo do estado de saúde do paciente e garantir uma linha de base para os cuidados futuros. Ela fornece informações valiosas que ajudam na compreensão do estado inicial do paciente, auxiliando na identificação de necessidades prioritárias e no planejamento dos cuidados adequados.

Com base nas recomendações do COFEN para anotação durante o processo de admissão do paciente, alguns dos elementos que devem ser incluídos são:

- **Identificação do Paciente:** Nome completo do paciente e data e hora da admissão.
- **Procedência:** Origem do paciente (residência, pronto-socorro, transferência de outra instituição, etc.).
- **Condições de Chegada:** Descrever a forma como o paciente chegou (deambulando, em maca, cadeira de rodas, etc.).
- **Estado de Consciência:** Avaliar o nível de consciência do paciente (lúcido, orientado, etc.).
- **Acompanhante ou Responsável:** Registrar a presença de acompanhante ou responsável, se houver.
- **Condições de Higiene e Lesões Prévias:** Descrever as condições de higiene do paciente e quaisquer lesões prévias, como feridas, hematomas, úlceras de pressão, entre outras.
- **Deficiências e Uso de Próteses ou Órteses:** Registrar qualquer deficiência física e o uso de próteses ou órteses, se aplicável.

Anotações de procedimentos de enfermagem

- **Queixas Relacionadas ao Motivo da Internação:** Registrar as queixas principais do paciente relacionadas ao motivo da internação.
- **Procedimentos/Cuidados Realizados:** Descrever quaisquer procedimentos ou cuidados realizados durante a admissão, conforme prescrição médica ou rotina institucional.
- **Rol de Valores e Pertences:** Registrar os valores e pertences do paciente, garantindo sua segurança e integridade.
- **Orientações Prestadas:** Registrar quaisquer orientações fornecidas ao paciente ou familiares durante o processo de admissão.
- **Identificação do Profissional:** Nome completo e Coren do profissional responsável pelo procedimento.

Anotações de procedimentos de enfermagem

Anotação de Enfermagem: Admissão modelo 1

Data: 18 de março de 2024

Hora: 10:00

No dia 18 de março de 2024, às 10:00, o Sr. A.R., de 70 anos, foi admitido na unidade de internação procedente do pronto-socorro.

Identificação do Paciente:

Nome: Antônio Rodrigues

Data e Hora da Admissão: 18/03/2024, 10:00

Procedência:

Procedente do Pronto-Socorro.

Condições de Chegada:

Chegou à unidade em maca.

Estado de Consciência:

Lúcido e orientado quanto à pessoa, lugar e tempo.

Acompanhante ou Responsável:

Acompanhado pela esposa, Sra. Maria Rodrigues.

Condições de Higiene e Lesões Prévias:

Higiene adequada. Ausência de lesões aparentes.

Anotações de procedimentos de enfermagem

Deficiências e Uso de Próteses ou Órteses:

Não apresenta deficiências. Uso de óculos para correção visual

.

Queixas Relacionadas ao Motivo da Internação:

Dispneia e tosse persistente.

Procedimentos/Cuidados Realizados:

- Mensuração de sinais vitais.
- Punção de acesso venoso para administração de medicações.
- Coleta de exames de sangue e urina conforme prescrição médica.

Rol de Valores e Pertences:

Possui documento de identidade, cartão do plano de saúde e celular.

Orientações Prestadas:

Orientações fornecidas sobre o plano de cuidados e visitação

.

Profissional Responsável:

Enf. Pedro Silva, Coren XXXXXXXX.

Anotações de procedimentos de enfermagem

Anotação de Enfermagem: Admissão modelo 2

No dia 18 de março de 2024, às 10:00, o Sr. A.R., de 70 anos, foi admitido na unidade de internação procedente do pronto-socorro. Ele chegou à unidade em maca, apresentando um estado de consciência lúcido e orientado. O paciente estava acompanhado por sua esposa, Sra. Maria Rodrigues. Durante a admissão, foi observado que as condições de higiene estavam adequadas e não foram identificadas lesões aparentes. Não foram encontradas deficiências físicas, porém o paciente utilizava óculos para correção visual. Suas queixas principais estavam relacionadas à dispneia e tosse persistente. Foram realizados procedimentos de mensuração de sinais vitais, punção de acesso venoso para administração de medicações e coleta de exames conforme prescrição médica. O Sr. A.R. trouxe consigo seus documentos pessoais, incluindo documento de identidade, cartão do plano de saúde e celular. Orientações foram prestadas ao paciente e sua família sobre o plano de cuidados e visitação. O enfermeiro responsável pela admissão foi o Enf. Pedro Silva, Coren XXXXXXXX.

Anotações de procedimentos de enfermagem

Anotação de Enfermagem: Alta do paciente

A anotação de enfermagem desempenha um papel crucial no processo de alta do paciente, fornecendo um registro detalhado das condições do paciente, procedimentos realizados, orientações prestadas e outros aspectos relevantes para garantir a continuidade dos cuidados. Tanto o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) quanto o Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN-SP) estabelecem diretrizes específicas para a anotação de enfermagem durante o processo de alta, visando garantir a segurança e a qualidade da assistência prestada. Neste capítulo, destacaremos os pontos relevantes para o enfermeiro na anotação de enfermagem no processo de alta do paciente, conforme as recomendações do COFEN e do COREN-SP.

Data e Horário de Saída:

- A anotação deve incluir a data e o horário precisos em que o paciente recebeu alta hospitalar. Essas informações são essenciais para registrar o momento exato em que o paciente deixou a instituição de saúde.

Condições de Saída do Paciente:

- Deve-se descrever detalhadamente as condições em que o paciente deixou o hospital, incluindo sua capacidade de locomoção (deambulando, em maca, cadeira de rodas), estado de consciência, presença de lesões ou dispositivos médicos (como sondas, cateteres) e a presença de acompanhante ou responsável.

Procedimentos e Cuidados Realizados:

- É importante registrar todos os procedimentos e cuidados realizados antes da alta, conforme prescrição médica ou rotina institucional. Isso pode incluir a mensuração de sinais vitais, a retirada de dispositivos médicos, entre outros.

Anotações de procedimentos de enfermagem

Orientações Prestadas:

- Devem ser registradas as orientações fornecidas ao paciente e aos familiares, incluindo informações sobre medicamentos prescritos, cuidados a serem realizados em casa, data e horário do retorno ao ambulatório, entre outros aspectos relevantes para o pós-alta.

Entrega de Pertences e Valores:

- Deve-se documentar se os pertences pessoais e valores do paciente foram entregues a ele ou ao acompanhante. Isso inclui a emissão de recibo ou comprovante de entrega, quando necessário.

Transporte para o Domicílio:

- Registrar se o paciente foi transportado para o domicílio pela instituição de saúde ou por meios próprios, e se foi acompanhado por um responsável.

Tipo de Alta e Motivo:

- É fundamental registrar se a alta foi médica, administrativa ou a pedido do paciente ou família, bem como o motivo da alta, quando relevante.

Identificação do Profissional Responsável:

- O enfermeiro responsável pela anotação deve assinar o registro, incluindo seu nome completo e número de inscrição no COREN, garantindo a autenticidade e a responsabilidade pelo documento.

Anotações de procedimentos de enfermagem

Anotação de Enfermagem: Administração de medicamentos

A administração de medicamentos é uma das responsabilidades centrais dos enfermeiros, exigindo precisão, atenção e conhecimento sobre os medicamentos prescritos e suas vias de administração. Este capítulo abordará os pontos relevantes para os enfermeiros no processo de administração de medicamentos, conforme as diretrizes do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e do Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN-SP).

Registro Completo da Administração:

- A anotação de enfermagem deve incluir um registro completo da administração de medicamentos, detalhando o nome do medicamento, dose, via de administração, horário e local da administração, conforme prescrição médica.

Vias de Administração:

- É fundamental registrar a via de administração do medicamento, seja ela parenteral (intramuscular, intravenosa, subcutânea, intradérmica, intratecal), oral, tópica, retal ou outras vias específicas.

Local Anatomia para Administração:

- Para medicamentos administrados por via parenteral, é necessário registrar o local anatômico específico onde o medicamento foi administrado, como glúteo, deltoide, veia antecubital, entre outros.

Acompanhamento de Efeitos Adversos:

- Qualquer efeito adverso ou reação inesperada após a administração do medicamento deve ser registrado, juntamente com as providências adotadas pelo enfermeiro.

Anotações de procedimentos de enfermagem

Recusa do Paciente:

- Se o paciente recusar a administração de um medicamento, o motivo da recusa deve ser documentado, garantindo a transparência e a prestação de cuidados individualizados.

Medicamentos Potencialmente Perigosos:

- Para medicamentos considerados potencialmente perigosos, como quimioterápicos ou sedativos, é necessário registrar a dupla checagem realizada por dois profissionais de enfermagem.

Dificuldades de Deglutição:

- No caso de administração por via oral, deve-se registrar a presença de dificuldades de deglutição do paciente, bem como outras intercorrências relacionadas à administração oral de medicamentos.

Documentação Completa:

- A anotação de enfermagem deve ser clara, precisa e completa, incluindo informações sobre a rejeição do paciente, queixas, intercorrências e providências adotadas pelo enfermeiro.

Ao seguir essas diretrizes, os enfermeiros garantem a segurança e a eficácia da administração de medicamentos, contribuindo para a promoção da saúde e o bem-estar dos pacientes.

Anotações de procedimentos de enfermagem

Exemplo de anotação de Administração de Medicamento Oral:

No dia 10 de março de 2024, às 8h00, foi administrada a medicação oral prescrita para o paciente Maria Silva, conforme orientação médica. A paciente encontrava-se consciente e orientada, sem relato de dificuldade de deglutição. Foi oferecida a medicação com um copo de água, e a paciente ingeriu todos os comprimidos sem queixas.

O medicamento administrado foi o Paracetamol 750mg, via oral, prescrito para alívio da dor, a ser administrado de 6/6 horas. O horário de administração foi registrado no prontuário eletrônico do paciente. Durante a administração, a paciente não apresentou intercorrências.

Exemplo de anotação de Administração de Medicamento Injetável:

Às 10h30 do dia 10 de março de 2024, foi realizada a administração de medicação injetável para o paciente João Santos, conforme prescrição médica. O paciente estava deitado em sua cama, consciente e orientado.

O medicamento administrado foi a Injeção de Dipirona 1g, via intramuscular, prescrita para controle da febre, a ser administrada de 6/6 horas. A administração foi realizada no músculo deltoide esquerdo, utilizando técnica asséptica e seringa estéril descartável. Após a administração, o paciente relatou leve ardência no local da injeção, porém sem outras queixas. Foi orientado ao paciente sobre a importância de manter o local da aplicação limpo e seco, e sobre os possíveis efeitos colaterais do medicamento. O horário e o local da administração foram devidamente registrados no prontuário eletrônico do paciente.

Anotações de procedimentos de enfermagem

Exemplo de anotação de Administração de Medicamento endovenoso:

Às 10h30 do dia 10 de março de 2024, foi realizada a administração de medicação injetável para o paciente João Santos, conforme prescrição médica. O paciente estava deitado em sua cama, consciente e orientado.

O medicamento administrado foi a Injeção de Dipirona 1g, via intramuscular, prescrita para controle da febre, a ser administrada de 6/6 horas. A administração foi realizada no músculo deltoide esquerdo, utilizando técnica asséptica e seringa estéril descartável. Após a administração, o paciente relatou leve ardência no local da injeção, porém sem outras queixas. Foi orientado ao paciente sobre a importância de manter o local da aplicação limpo e seco, e sobre os possíveis efeitos colaterais do medicamento. O horário e o local da administração foram devidamente registrados no prontuário eletrônico do paciente.

Exemplo de anotação de Administração de Medicamento via retal:

No dia 10 de março de 2024, às 20h30, foi realizada a administração de medicação via retal para o paciente Maria Santos, conforme prescrição médica. O paciente encontrava-se deitado em sua cama, consciente e orientado.

O medicamento administrado foi um supositório de paracetamol 500mg, indicado para alívio da dor, prescrito para ser administrado uma vez ao dia, à noite, conforme necessário para controle da dor.

Antes da administração, o paciente foi posicionado em decúbito lateral esquerdo, com os joelhos flexionados em direção ao abdômen, facilitando a inserção do supositório.

Após a administração, foi mantida a observação para verificar se o supositório foi expelido e se não houve nenhuma reação adversa. O horário e a via de administração foram registrados no prontuário eletrônico do paciente.

Anotações de procedimentos de enfermagem

Anotação de enfermagem: Acesso venoso periférico

Compreender o conceito e a função do acesso venoso é fundamental para os profissionais de enfermagem na prestação de cuidados de saúde. O acesso venoso refere-se à habilidade de obter acesso às veias do paciente para administração de medicamentos, fluidos, coleta de amostras sanguíneas e realização de tratamentos intravenosos. Essa técnica permite uma entrega rápida e eficaz de terapias diretamente na corrente sanguínea, garantindo uma absorção rápida e uniforme dos medicamentos e fluidos administrados. Além disso, o acesso venoso desempenha um papel crucial na monitorização contínua do estado hemodinâmico do paciente, permitindo intervenções imediatas em caso de necessidade. Portanto, compreender a importância do acesso venoso na prática de enfermagem é essencial para fornecer uma assistência segura e eficaz aos pacientes.

Recomendações para o registro de acesso venoso:

Data e Hora da Punção: Registrar o momento exato da realização da punção venosa, garantindo a precisão temporal do procedimento.

Motivo da Punção: Especificar se a punção é inicial ou uma troca de dispositivo venoso, fornecendo contexto para a intervenção.

Local da Punção e Condições da Pele e Rede Venosa: Descrever o local da punção e avaliar as condições da pele e da rede venosa, identificando anormalidades que possam influenciar o procedimento.

Número de Punções Realizadas: Registrar o número de tentativas para estabelecer o acesso venoso, indicando possíveis complicações ou dificuldades encontradas.

Tipo e Calibre do Cateter Utilizado: Anotar o tipo e calibre do cateter inserido, documentando o dispositivo utilizado no acesso venoso.

Anotações de procedimentos de enfermagem

Salinização/Heparinização: Registrar se foi realizada a salinização ou heparinização do cateter, visando manter a permeabilidade e prevenir complicações relacionadas à coagulação.

Intercorrências e Providências Adotadas: Descrever intercorrências durante o procedimento e as medidas tomadas para resolvê-las, garantindo a segurança do paciente.

Medidas de Segurança Adotadas: Informar sobre medidas adicionais de segurança, como o uso de talas ou contenção, para garantir a estabilidade do acesso venoso.

Queixas Relatadas pelo Paciente: Registrar quaisquer desconfortos manifestados pelo paciente durante ou após o procedimento, priorizando o conforto do paciente.

Nome Completo e COREN do Responsável: Anotar o nome completo e o número de inscrição no COREN do profissional responsável pelo procedimento, assegurando a rastreabilidade e responsabilidade adequada na assistência prestada.

Anotações de procedimentos de enfermagem

Exemplo de Anotação de Enfermagem - Punção de Acesso Venoso Periférico:

No dia 15 de abril de 2024, às 10h20, foi realizada a punção para acesso venoso periférico no paciente L.M., conforme prescrição médica para administração de terapia intravenosa. O procedimento foi realizado no leito do paciente, visando garantir uma administração eficaz dos medicamentos prescritos.

Durante o procedimento, foram utilizados os seguintes materiais: uma agulha de punção de calibre 20 G, gaze estéril, bola de algodão, solução salina para heparinização do cateter e adesivo para fixação da punção.

A punção foi realizada na veia cefálica do membro superior direito, após preparação adequada da pele e aplicação de técnica asséptica. Foi realizada uma única tentativa de punção, sendo obtido retorno sanguíneo adequado e fixação segura do cateter.

Após a punção bem-sucedida, foi realizada a heparinização do cateter para prevenção de trombose e manutenção da permeabilidade. Durante todo o procedimento, foram adotadas medidas de segurança, incluindo a higienização adequada das mãos e o uso de técnicas assépticas para prevenir infecções.

O paciente tolerou bem o procedimento, relatando desconforto mínimo durante a punção. Ele foi monitorado continuamente para identificação de possíveis intercorrências.

Ao término do procedimento, o acesso venoso periférico foi devidamente fixado com adesivo e registrado no prontuário eletrônico do paciente. A anotação foi realizada pelo Enfermeiro [Nome do Profissional] COREN-SP [XXXXXX], garantindo o registro completo e preciso do procedimento.

Anotações de procedimentos de enfermagem

Exemplo de Anotação de Enfermagem - Punção de Acesso Venoso Periférico com múltiplas tentativas:

No dia 10 de abril de 2024, às 09h45, foi realizada a punção para acesso venoso periférico no paciente R.B., conforme prescrição médica para administração de terapia intravenosa. O procedimento foi realizado no leito do paciente, com o objetivo de garantir uma administração eficaz dos medicamentos prescritos.

Durante o procedimento, foram utilizados os seguintes materiais: duas agulhas de punção de calibre 22 G e uma agulha de punção de calibre 24 G, gaze estéril, bola de algodão, solução salina para heparinização do cateter e adesivo para fixação da punção.

A primeira tentativa de punção foi realizada na veia cefálica do membro superior esquerdo, utilizando uma agulha de calibre 22 G. No entanto, devido à dificuldade de visualização da rede venosa e à falta de retorno sanguíneo, a primeira tentativa foi malsucedida. Após avaliação da situação, uma segunda tentativa foi realizada na veia basílica do mesmo membro, utilizando uma agulha de calibre 24 G. A segunda tentativa também não obteve sucesso devido à dificuldade de punção e à falta de retorno sanguíneo. Diante disso, optou-se por realizar uma terceira tentativa de punção na veia radial do membro superior direito, utilizando uma agulha de calibre 24 G. Desta vez, foi possível obter sucesso na punção, com retorno sanguíneo adequado e fixação segura do cateter.

Após a punção bem-sucedida, foi realizada a heparinização do cateter para prevenção de trombose e manutenção da permeabilidade. Durante todo o procedimento, foram adotadas medidas de segurança, incluindo a higienização adequada das mãos e o uso de técnicas assépticas para prevenir infecções. O paciente relatou desconforto moderado durante as tentativas de punção, sendo monitorado continuamente para identificação de possíveis intercorrências.

Acesso venoso periférico fixado com adesivo, procedimento realizado por Enfermeiro [Nome do Profissional] COREN-SP [XXXXXX],

Anotações de procedimentos de enfermagem

Anotação de enfermagem: Avaliação de nível de consciência

A avaliação do nível de consciência é um procedimento fundamental na prática de enfermagem, sendo parte integrante da avaliação neurológica do paciente. Consiste em uma análise sistemática e objetiva das respostas do paciente aos estímulos externos e internos, visando determinar seu estado de alerta, orientação e capacidade de resposta.

Importância da Avaliação do Nível de Consciência:

A avaliação do nível de consciência é crucial para identificar alterações neurológicas precocemente, monitorar a evolução do paciente, e direcionar intervenções terapêuticas adequadas. É uma ferramenta essencial na detecção de condições críticas, como traumatismo cranioencefálico, acidente vascular cerebral, intoxicações, entre outras.

Informações Recomendadas na Anotação:

Data e Hora do Procedimento: Registrar o momento exato em que a avaliação foi realizada, permitindo um acompanhamento temporal da condição do paciente.

Escala Utilizada para Avaliação do Nível de Consciência: Indicar a escala utilizada para padronizar a avaliação e facilitar a comunicação interprofissional. Exemplos comuns incluem a Escala de Coma de Glasgow (ECG) e a Escala de Alerta e Sedação de Richmond (RASS).

Resposta Apresentada pelo Paciente: Descrever de forma clara e objetiva as respostas do paciente aos estímulos, incluindo abertura ocular, resposta verbal e resposta motora.

Resultado da Avaliação Realizada: Apresentar o resultado final da avaliação, indicando o nível de consciência do paciente com base nas respostas observadas.

Anotações de procedimentos de enfermagem

Nome Completo e Coren do Responsável pelo Procedimento: Identificar o profissional de enfermagem responsável pela realização da avaliação, garantindo a rastreabilidade e a responsabilização adequada.

Ao registrar essas informações de maneira completa e precisa, a anotação de enfermagem contribui para a documentação clínica adequada, facilita a comunicação entre os membros da equipe de saúde e promove uma assistência segura e eficaz ao paciente.

Anotação de Enfermagem - Avaliação do Nível de Consciência:

No dia 15 de abril de 2024, às 08h30, foi realizada a avaliação do nível de consciência no paciente J.M., conforme protocolo institucional para monitoramento da saúde do paciente. O procedimento foi realizado no leito do paciente, visando avaliar seu estado neurológico e identificar possíveis alterações.

Para a avaliação do nível de consciência, foi utilizada a Escala de Coma de Glasgow (ECG), uma ferramenta reconhecida internacionalmente para avaliação neurológica. O paciente foi avaliado quanto à abertura ocular, resposta verbal e resposta motora.

O paciente apresentou os seguintes resultados na Escala de Coma de Glasgow:

Abertura ocular: Espontânea
Resposta verbal: Orientado
Resposta motora: Localiza dor

Com base nos resultados obtidos, o paciente apresenta um nível de consciência adequado e compatível com o esperado. Ele se mostrou alerta, responsivo e orientado no tempo, espaço e pessoa.

Enfermeiro [Nome do Profissional] COREN-SP [XXXXXX],

Anotações de procedimentos de enfermagem

Anotação de enfermagem Curativo:

O procedimento de curativo é uma das práticas essenciais na rotina de enfermagem, sendo realizado com o objetivo de promover a cicatrização de lesões cutâneas, prevenir infecções e garantir o conforto e bem-estar do paciente. Por meio de técnicas adequadas e uso de materiais específicos, os profissionais de enfermagem desempenham um papel fundamental na assistência aos pacientes com feridas, contribuindo para sua recuperação e qualidade de vida.

Informações Recomendadas para Anotação de Curativos:

Tipo de Lesão: Identificar o tipo de lesão presente no paciente, como lesão por pressão, ferida operatória, escoriações ou outros, para direcionar o tratamento adequado.

Tamanho da Lesão: Descrever as dimensões da lesão em centímetros, incluindo largura, comprimento e profundidade, para avaliar a extensão do dano tecidual.

Localização da Lesão: Registrar a localização específica da lesão no corpo do paciente, fornecendo informações precisas para o acompanhamento e tratamento adequado.

Leito da Ferida: Descrever o estado do leito da ferida, identificando a presença de tecido de granulação, granulação pálida, epiteliação, necrose, esfacelo, espaço morto (túnel) ou descolamento em parte da lesão.

Quantidade e Aspecto do Exsudato: Avaliar a quantidade de exsudato presente na lesão (pequena, média, grande) e descrever o aspecto (seroso, sanguinolento, serosanguinolento, piosanguinolento, purulento, purulento pútrido), fornecendo informações cruciais para o manejo do curativo.

Pontos de Necrose: Identificar a presença de pontos de necrose na lesão, como necrose acastanhada, esverdeada ou escura, bem como esfacelo, para avaliar o grau de comprometimento tecidual.

Anotações de procedimentos de enfermagem

Pele Perilesão e Bordos da Ferida: Descrever o estado da pele ao redor da lesão (íntegra, hiperemiada, macerada, queratose) e os bordos da ferida (regular, irregular), fornecendo informações importantes sobre a integridade da pele circundante e a evolução da cicatrização.

Condições de Ferida Operatória: Em casos de ferida operatória, registrar as condições dos pontos cirúrgicos, aspecto das bordas da ferida e a presença de exsudato, para monitorar a cicatrização e detectar possíveis complicações.

Produto e Cobertura Utilizados: Registrar o produto e a cobertura utilizados para realizar o curativo, conforme prescrição de enfermagem, garantindo a adequação do tratamento e prevenindo complicações.

Essas informações detalhadas são essenciais para uma avaliação completa e precisa da lesão, permitindo um planejamento terapêutico adequado e uma evolução clínica satisfatória do paciente.

Anotações de procedimentos de enfermagem

Exemplo de anotação de enfermagem de curativo:

No dia 18 de março de 2024, às 10h00, foi realizado o curativo na ferida operatória pós-apendicectomia do paciente A.S. A lesão apresentava dimensões de 4 cm (largura) x 6 cm (comprimento) x 0,5 cm (profundidade), localizada na região do quadrante inferior direito do abdômen. Ao avaliar o leito da ferida, observou-se a presença de tecido de granulação em fase inicial, sem sinais de necrose ou esfacelo. O exsudato presente era mínimo, com aspecto seroso, e não foram identificados pontos de necrose na lesão.

A pele perilesão encontrava-se íntegra, e os bordos da ferida apresentavam-se regulares. Os pontos cirúrgicos estavam íntegros, sem sinais de deiscência, e as bordas da ferida estavam bem aproximadas. Para realizar o procedimento, foram utilizados os seguintes materiais: gaze estéril, soro fisiológico 0,9%, seringa descartável de 10 ml, pinça anatômica, campo estéril, atadura de crepe e fita microporosa.

O procedimento iniciou-se com a higienização das mãos conforme técnica padrão. Em seguida, foi feita a preparação do material estéril em campo e a remoção do curativo anterior de forma asséptica. A ferida foi lavada com soro fisiológico 0,9% utilizando uma seringa descartável de 10 ml, seguida de secagem delicada da região ao redor da lesão com gaze estéril. Após a aplicação de soro fisiológico para remoção de resíduos, foi realizado um novo curativo com gaze estéril e atadura de crepe, fixado com fita microporosa.

Durante o procedimento, o paciente relatou dor leve, avaliada como 3/10 pela Escala Numérica de Dor. Não foram observados sinais de infecção na ferida. Ao finalizar o curativo, o material utilizado foi descartado adequadamente, e as mãos foram higienizadas novamente.

Essa anotação foi realizada por Enfermeiro: [Nome do Profissional] COREN-SP [XXXXXX]

Anotações de procedimentos de enfermagem

Anotações de enfermagem banhos e higenes:

A higienização é um componente essencial dos cuidados de enfermagem, visando promover a limpeza e o conforto do paciente, além de prevenir infecções e complicações decorrentes da falta de assepsia. Neste capítulo, serão abordados os diferentes tipos de higienização realizados no ambiente hospitalar, destacando suas características e procedimentos específicos.

Banho de Leito

O banho de leito é um procedimento realizado no próprio leito do paciente, utilizando materiais adequados para promover a limpeza e o bem-estar. Geralmente, é indicado para pacientes acamados ou com mobilidade reduzida. Durante o banho de leito, o enfermeiro deve garantir a privacidade do paciente, utilizar técnicas de lavagem adequadas e observar qualquer alteração na pele ou no estado geral do paciente.

Recomendações de Anotação:

- Data e hora do procedimento;
- Tipo de banho (imersão, aspersão/banho no chuveiro, no leito);
- Tempo de permanência no banho de imersão, tolerância e resistência do paciente;
- Observações sobre a pele durante o procedimento;
- Intercorrências e providências adotadas;
- Nome completo e Coren do responsável pelos procedimentos.

Exemplo de anotação de banho de leito

15 de abril de 2024, às 10h00, foi realizado o banho de leito no paciente A.B., conforme prescrição médica e protocolos institucionais. Utilizou-se um pacote de lenços umedecidos hipoalergênicos para a higiene corporal, garantindo a limpeza adequada da pele.

Anotações de procedimentos de enfermagem

Durante o procedimento, verificou-se a presença de hiperemia na região sacral, sendo aplicada uma pomada cicatrizante conforme orientação médica. O paciente tolerou bem o banho, não apresentando queixas ou intercorrências. As informações foram devidamente registradas no prontuário eletrônico pelo Enfermeiro J.K., COREN-SP XXXXX.

Banho de Aspersão/Banho no Chuveiro

O banho de aspersão, ou banho no chuveiro, é realizado com o paciente de pé, utilizando o chuveiro para a higienização corporal. O enfermeiro auxilia o paciente durante o banho, garantindo a segurança e o conforto, além de observar possíveis intercorrências ou queixas apresentadas durante o procedimento.

Recomendações de Anotação:

- Data e hora do procedimento;
- Tipo de banho (aspersão/banho no chuveiro);
- Forma de encaminhamento do paciente (deambulando com auxílio, deambulando sem auxílio, cadeira de banho);
- Queixas do paciente durante o procedimento;
- Intercorrências e providências adotadas;
- Nome completo e Coren do responsável pelos procedimentos.

Exemplo de anotação de banho de aspersão

16 de abril de 2024, às 08h30, o paciente C.D. foi encaminhado para o banho de aspersão. Durante o procedimento, realizado no banheiro do setor, o paciente foi deambulando com auxílio até o chuveiro. Utilizou-se sabonete líquido neutro e água morna para a higiene corporal. Durante o banho, o paciente relatou dor leve no membro inferior direito, sendo registrada e comunicada à equipe médica. Após o banho, o paciente foi conduzido de volta ao leito, onde permaneceu em repouso. A anotação foi realizada pelo Enfermeiro L.M., COREN-SP XXXXX.

Anotações de procedimentos de enfermagem

Durante o procedimento, verificou-se a presença de hiperemia na região sacral, sendo aplicada uma pomada cicatrizante conforme orientação médica. O paciente tolerou bem o banho, não apresentando queixas ou intercorrências. As informações foram devidamente registradas no prontuário eletrônico pelo Enfermeiro J.K., COREN-SP XXXXX.

Banho de Aspersão/Banho no Chuveiro

O banho de aspersão, ou banho no chuveiro, é realizado com o paciente de pé, utilizando o chuveiro para a higienização corporal. O enfermeiro auxilia o paciente durante o banho, garantindo a segurança e o conforto, além de observar possíveis intercorrências ou queixas apresentadas durante o procedimento.

Recomendações de Anotação:

- Data e hora do procedimento;
- Tipo de banho (aspersão/banho no chuveiro);
- Forma de encaminhamento do paciente (deambulando com auxílio, deambulando sem auxílio, cadeira de banho);
- Queixas do paciente durante o procedimento;
- Intercorrências e providências adotadas;
- Nome completo e Coren do responsável pelos procedimentos.

Exemplo de anotação de banho de aspersão

16 de abril de 2024, às 08h30, o paciente C.D. foi encaminhado para o banho de aspersão. Durante o procedimento, realizado no banheiro do setor, o paciente foi deambulando com auxílio até o chuveiro. Utilizou-se sabonete líquido neutro e água morna para a higiene corporal. Durante o banho, o paciente relatou dor leve no membro inferior direito, sendo registrada e comunicada à equipe médica. Após o banho, o paciente foi conduzido de volta ao leito, onde permaneceu em repouso. A anotação foi realizada pelo Enfermeiro L.M., COREN-SP XXXXX.

Anotações de procedimentos de enfermagem

Higiene Íntima

A higiene íntima é realizada para manter a limpeza e o conforto da região genital e perineal do paciente. Durante o procedimento, o enfermeiro deve observar a presença de secreções, edemas, hiperemia, lesões ou formações verrucosas, registrando qualquer alteração para avaliação e intervenção adequadas.

Recomendações de Anotação:

- 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.

Exemplo de anotação de higiene íntima

17 de abril de 2024, realizou-se a higiene íntima no paciente E.F. Durante o procedimento, observou-se presença de secreção amarelada na região genital, indicando possível infecção. A área foi cuidadosamente higienizada com água morna e sabonete antisséptico, e aplicou-se uma pomada cicatrizante conforme prescrição médica. O paciente não apresentou queixas durante o procedimento. O Enfermeiro N.O., COREN-SP XXXXX, registrou todas as informações no prontuário eletrônico.

Higiene Oral

A higiene oral é fundamental para prevenir infecções e complicações bucais, especialmente em pacientes hospitalizados. Durante o procedimento, o enfermeiro realiza a limpeza da cavidade oral, observando a presença de próteses dentárias, higiene dos dentes e mucosas, registrando qualquer anormalidade para posterior avaliação odontológica, se necessário.

Anotações de procedimentos de enfermagem

Recomendações de Anotação:

- Data e hora do procedimento;
- Presença de prótese total/parcial;
- Condições da higiene bucal e dentária;
- Produtos utilizados;
- Sinais e sintomas observados;
- Intercorrências e providências adotadas;
- Nome completo e Coren do responsável pelos procedimentos.

Exemplo de anotação de higiene oral

17 de abril de 2024, no período da tarde, às 14h00, foi realizada a higiene oral no paciente G.H. Durante o procedimento, observou-se presença de prótese total superior. A higiene bucal foi realizada com auxílio de uma escova de cerdas macias e creme dental neutro. Verificou-se hiperemia gengival em alguns pontos, sendo registrado para avaliação odontológica posterior. O paciente colaborou durante o procedimento e não apresentou queixas. A anotação foi feita pelo Enfermeiro P.Q., COREN-SP XXXXX.

Higiene do Couro Cabeludo

A higiene do couro cabeludo é realizada para manter a limpeza e a saúde dos cabelos e do couro cabeludo do paciente. Durante o procedimento, o enfermeiro observa as condições do couro cabeludo e dos cabelos, utilizando produtos adequados para a limpeza e registrando qualquer alteração para avaliação e intervenção.

Recomendações de Anotação:

- 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.

Anotações de procedimentos de enfermagem

Exemplo de anotação de higiene do couro cabeludo

15 de março de 2024 às 16h30, foi realizada a higiene do couro cabeludo no paciente I.J. Durante o procedimento, observou-se couro cabeludo íntegro e cabelos limpos. Utilizou-se xampu anticaspa e água morna para a lavagem dos cabelos. Após a higienização, o paciente relatou sensação de alívio e bem-estar. O Enfermeiro R.S., COREN-SP XXXXX, realizou o registro completo no prontuário eletrônico.

Esses são os principais tipos de higienização realizados no ambiente hospitalar, cada um com suas particularidades e objetivos específicos. O enfermeiro desempenha um papel fundamental na realização desses procedimentos, garantindo o conforto, segurança e bem-estar do paciente.

Anotações de procedimentos de enfermagem

Anotação de enfermagem inalação nebulização

A inalação ou nebulização é um procedimento terapêutico utilizado para administrar medicamentos diretamente nos pulmões do paciente, sendo indicado principalmente para tratamento de doenças respiratórias. Durante o procedimento, é essencial observar e registrar diversas informações relacionadas ao estado respiratório e geral do paciente.

Recomendações de Anotação:

- Data e hora da realização do procedimento;
- Queixas apresentadas pelo paciente durante a inalação (dispneia, 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 do paciente durante o procedimento (aceitação, alteração emocional, inquietação, fadiga, ansiedade, etc.);
- Observação de uso dos músculos acessórios, batimento de asas nasais, distensão das veias cervicais;
- Aspectos gerais relacionados à oxigenação (presença de cianose de lábios, lóbulo das orelhas, parte inferior da língua, leito ungueal);
- Avaliação do comprometimento da função cerebral (falta de discernimento, confusão mental, desorientação, vertigem, síncope e torpor);
- Intercorrências e/ou providências adotadas durante a inalação;
- Nome completo e Coren do responsável pelos procedimentos.

Anotações de procedimentos de enfermagem

Exemplo de Anotação de inalação / nebulização

No dia 15 de abril de 2024, às 10h00, foi realizada a nebulização no paciente A.B., conforme prescrição médica para tratamento de quadro de bronquite aguda. Durante o procedimento, o paciente apresentou tosse persistente e dispneia leve. A pele apresentava coloração rosada e as mucosas estavam úmidas e coradas. O padrão respiratório do paciente estava levemente aumentado, com frequência respiratória de 22 irpm e ritmo regular. O paciente se mostrou colaborativo durante a inalação, sem alterações emocionais significativas. Não foram observados sinais de uso dos músculos acessórios ou distensão das veias cervicais. Não foram identificados sinais de comprometimento da função cerebral. Após a inalação, o paciente foi orientado a repousar e manter hidratação adequada. A anotação foi realizada pela Enfermeira J.K., COREN-SP XXXXX, garantindo a precisão e confiabilidade do registro.

Anotações de procedimentos de enfermagem

Anotação de enfermagem mudança de decúbito

A mudança de decúbito é um procedimento realizado para promover o conforto e prevenir complicações em pacientes acamados ou com mobilidade reduzida. Durante essa intervenção, é fundamental observar e registrar diversas informações relacionadas à posição do paciente, medidas de proteção adotadas e ocorrência de intercorrências.

Recomendações de Anotação:

- Data e hora da realização do procedimento;
- Existência prévia ou no decurso da internação de lesão de pele;
- Posição do paciente durante a mudança de decúbito (decúbito dorsal, ventral, lateral direito/esquerdo);
- Medidas de proteção adotadas para prevenir lesões por pressão (uso de dispositivos como almofadas de posicionamento, colchões especiais, etc.);
- Registro de intercorrências ocorridas durante a mudança de decúbito e providências adotadas para resolvê-las;
- Nome completo e Coren do responsável pelo procedimento.

Exemplo de Anotação de Enfermagem:

No dia 15 de abril de 2024, às 08h00, foi realizada a mudança de decúbito no paciente C.D., conforme prescrição de enfermagem para prevenção de lesões por pressão. Durante o procedimento, verificou-se a presença de uma lesão de pele prévia na região sacral. O paciente foi posicionado em decúbito lateral esquerdo, utilizando almofadas de posicionamento para evitar atrito e pressão excessiva. Não foram observadas intercorrências durante a mudança de decúbito. A anotação foi realizada pelo Enfermeiro E.F., COREN-SP XXXXX, garantindo a precisão e confiabilidade do registro.

Anotações de procedimentos de enfermagem

Anotação de enfermagem nutrição enteral

A nutrição enteral é um procedimento essencial para fornecer nutrientes a pacientes que não podem se alimentar adequadamente por via oral. Durante a administração da nutrição enteral, é importante monitorar diversos aspectos relacionados à sonda, volume administrado e ocorrência de intercorrências.

Recomendações de Anotação:

- Data do procedimento;
- Hora de início e término da administração da nutrição enteral;
- Aspecto e condições da sonda (limpeza, integridade, posicionamento correto);
- Volume administrado da nutrição enteral, registrado de forma precisa;
- Intercorrências durante a administração, como obstrução da sonda, refluxo, náuseas ou vômitos, e as providências adotadas para resolver essas questões;
- Queixas relatadas pelo paciente durante ou após o procedimento;
- Registro da limpeza da sonda e volume de água utilizada para este fim, garantindo a higiene e a segurança do procedimento;
- Nome completo e Coren do responsável pelo procedimento.

Exemplo de anotação de nutrição enteral

No dia 15 de abril de 2024, às 10h00, foi iniciada a administração de nutrição enteral no paciente L.M. A sonda estava limpa, íntegra e adequadamente posicionada. O volume administrado foi de 200 ml, conforme prescrição médica. Durante o procedimento, não foram observadas intercorrências, e o paciente não relatou queixas. Após a administração, a sonda foi devidamente limpa com 50 ml de água. A anotação foi realizada pela Enfermeira N.P., COREN-SP XXXXX, garantindo o registro preciso e a segurança do procedimento.

Anotações de procedimentos de enfermagem

Anotação de enfermagem nutrição parenteral

A nutrição parenteral é uma forma de administração de nutrientes diretamente na corrente sanguínea, utilizada quando o trato gastrointestinal não pode ser utilizado para a absorção adequada de alimentos. O enfermeiro desempenha um papel crucial na administração e monitoramento desse tipo de nutrição.

Recomendações de Anotação:

- Data do procedimento;
- Hora de início e término da administração da nutrição parenteral;
- Aspecto e condições da área de inserção do cateter;
- Volume administrado da nutrição parenteral;
- Intercorrências durante a administração, como obstrução do cateter, extravasamento ou reações adversas, e as providências adotadas para resolver essas questões;
- Queixas relatadas pelo paciente durante ou após o procedimento;
- Registro da limpeza do cateter e solução utilizada;
- Nome completo e Coren do responsável pelo procedimento.

Exemplo de anotação de nutrição parenteral

No dia 15 de abril de 2024, às 12h00, foi iniciada a administração de nutrição parenteral no paciente R.S. O cateter estava adequadamente inserido, sem sinais de inflamação ou infecção na área. O volume administrado foi de 500 ml, conforme prescrição médica. Durante o procedimento, não foram observadas intercorrências, e o paciente não relatou queixas. Após a administração, o cateter foi limpo com solução de clorexidina. A anotação foi realizada pelo Enfermeiro J.P., COREN-SP XXXXX, garantindo o registro preciso e a segurança do procedimento.

Anotações de procedimentos de enfermagem

Anotação de enfermagem óbito

O registro do óbito é um dos procedimentos mais sensíveis realizados pela equipe de enfermagem, exigindo cuidado, respeito e precisão na documentação.

Recomendações de Anotação:

- Data e horário exatos do óbito;
- Identificação do médico responsável pela constatação do óbito;
- Registro dos valores e pertences do corpo, indicando a quem foram entregues;
- Comunicação do óbito ao(s) setor(es) responsável(is), conforme rotina institucional;
- Procedimentos pós-morte realizados, como higiene, tamponamento, curativos, retirada de dispositivos, entre outros;
- Posicionamento anatômico do corpo, sempre que possível;
- Identificação do corpo, assegurando que o registro corresponda à identidade do falecido;
- Encaminhamento do corpo, indicando a forma e o local de destino;
- Horário de saída do corpo do setor;
- Nome completo e Coren do responsável pelo procedimento.

Exemplo de anotação de óbito:

o dia 15 de abril de 2024, às 16h45, foi constatado o óbito do paciente F.G., de acordo com o registro médico do Dr. L.M. Os valores e pertences pessoais foram devidamente listados e entregues aos familiares presentes. O óbito foi comunicado ao setor de necrotério conforme procedimento institucional. Após a constatação do óbito, foram realizados os procedimentos pós-morte, incluindo higiene e identificação do corpo. Os familiares foram comunicados e acompanharam o encaminhamento do corpo para o necrotério. O registro foi realizado pela Enfermeira A.R., COREN-SP XXXXX, assegurando a precisão e conformidade com os protocolos estabelecidos.

Anotações de procedimentos de enfermagem

Anotação de enfermagem punção arterial

A punção arterial é um procedimento invasivo realizado por enfermeiros para obter amostras de sangue arterial, geralmente para monitoramento de gases sanguíneos e avaliação da função respiratória e cardiovascular.

Recomendações de Anotação:

- **Motivo da punção:** Indicar a razão clínica que levou à realização da punção arterial, como monitoramento de gases sanguíneos, avaliação de oxigenação ou ventilação.
- **Data e horário:** Registrar o momento exato em que a punção arterial foi realizada, garantindo a precisão na documentação.
- **Local da punção:** Especificar a artéria utilizada para a punção arterial, como radial, braquial, femoral, entre outras.
- **Queixas:** Registrar quaisquer desconfortos ou queixas manifestadas pelo paciente durante ou após o procedimento.
- **Intercorrências:** Identificar e descrever qualquer complicação ou evento adverso ocorrido durante a punção arterial, como sangramento excessivo, hematoma, dor intensa, entre outros.
- **Nome completo e Coren do responsável pelo procedimento:** Garantir a identificação do profissional de enfermagem responsável pela realização da punção arterial.

Exemplo de anotação punção arterial

No dia 15 de abril de 2024, às 10h30, foi realizada punção arterial no paciente J.M. com o objetivo de monitorar os gases sanguíneos. A punção foi realizada na artéria radial esquerda. O paciente relatou leve desconforto durante o procedimento. Não foram observadas intercorrências durante ou após a punção. A anotação foi realizada pela Enfermeira Maria Silva, COREN-SP XXXXX.

Anotações de procedimentos de enfermagem

Anotação de enfermagem pressão venosa central (PVC)

Pressão Venosa Central (PVC): A mensuração da Pressão Venosa Central (PVC) é um procedimento realizado por enfermeiros para avaliar a pressão no sistema venoso central, oferecendo informações importantes sobre o status hemodinâmico do paciente.

Recomendações de Anotação:

- Data e hora do procedimento: Registrar o momento exato em que a mensuração da PVC foi realizada para documentação precisa.
- Permeabilidade e fixação do cateter: Avaliar a permeabilidade do cateter e a adequada fixação para garantir a precisão da medição.
- Valor obtido: Registrar o valor da PVC obtido durante a mensuração.
- Queixas do paciente: Registrar qualquer desconforto ou queixa manifestada pelo paciente durante o procedimento.
- Trocas de curativo: Descrever as trocas de curativo realizadas no local de inserção do cateter, se aplicável.
- Intercorrências e providências adotadas: Identificar e descrever quaisquer intercorrências durante a mensuração da PVC e as medidas tomadas para resolvê-las.
- Nome completo e Coren do responsável pelo procedimento: Identificar o enfermeiro responsável pela realização da mensuração da PVC.

Exemplo de anotação de punção venosa central (PVC)

No dia 15 de abril de 2024, às 11h45, foi realizada a mensuração da Pressão Venosa Central (PVC) no paciente A.B. O cateter estava permeável e adequadamente fixado. O valor obtido foi de 8 mmHg. Durante o procedimento, o paciente não apresentou queixas. Após a mensuração, foi realizada a troca do curativo no local de inserção do cateter. Não foram observadas intercorrências durante o procedimento. A anotação foi feita pelo Enfermeiro João Oliveira, COREN-SP XXXXX.

Anotações de procedimentos de enfermagem

Anotação de enfermagem pressão arterial média (PAM)

A mensuração da Pressão Arterial Média (PAM) é um procedimento realizado por enfermeiros para avaliar a pressão média no sistema arterial, fornecendo informações cruciais sobre a perfusão tecidual e a função cardiovascular do paciente.

Recomendações de Anotação:

- Data e hora do procedimento: Registrar o momento exato da mensuração da PAM para documentação precisa.
- Características da pele ao redor do local de inserção do cateter: Descrever as condições da pele no local de inserção do cateter, observando sinais de irritação, inflamação ou lesões.
- Permeabilidade e fixação do cateter: Avaliar a permeabilidade do cateter e sua correta fixação para garantir a precisão da mensuração.
- Valor obtido: Registrar o valor da PAM obtido.
- Troca de curativo e material utilizado: Descrever eventuais trocas de curativo realizadas e os materiais utilizados durante o procedimento.
- Queixas: Registrar qualquer desconforto ou queixa manifestada pelo paciente durante a realização da mensuração da PAM.
- Sinais de intercorrências e providências adotadas: Identificar e descrever quaisquer sinais de intercorrências durante a mensuração da PAM e as medidas tomadas para resolvê-las.
- Nome completo e Coren do responsável pelo procedimento

Exemplo de Anotação de Pressão Arterial Média (PAM)

No dia 15 de abril de 2024, às 13h30, foi realizada a mensuração da Pressão Arterial Média (PAM) no paciente C.D. A pele ao redor do local de inserção do cateter estava íntegra e sem sinais de irritação. O cateter estava permeável e adequadamente fixado. O valor obtido foi de 90 mmHg. Durante o procedimento, o paciente não apresentou queixas. Foi realizada a troca do curativo com gaze estéril e fita adesiva. Não foram observados sinais de intercorrências durante o procedimento. A anotação foi feita pelo Enfermeiro Maria Silva, COREN-SP XXXXX.

Anotações de procedimentos de enfermagem

Anotação de enfermagem pré-operatório

O período pré-operatório é uma fase crucial no cuidado ao paciente, onde são realizadas diversas medidas preparatórias para o procedimento cirúrgico, visando garantir a segurança e o bem-estar do indivíduo durante o processo cirúrgico.

Recomendações de Anotação:

- Data e hora do procedimento: Registrar o momento exato do início do período pré-operatório para documentação precisa.
- Nível de consciência: Avaliar o nível de consciência do paciente para identificar possíveis alterações neurológicas.
- Registro de alergias / intolerâncias: Anotar quaisquer alergias conhecidas ou intolerâncias a medicamentos ou materiais utilizados durante o procedimento cirúrgico.
- Tempo de jejum: Registrar o tempo de jejum do paciente de acordo com as recomendações médicas para evitar complicações anestésicas.
- Sinais vitais, Hemoglicoteste (HGT) e outros: Mensurar os sinais vitais, realizar o Hemoglicoteste (HGT) e outros exames pertinentes para monitorar o estado clínico do paciente.
- Presença e local de dispositivos: Registrar a presença e o local de dispositivos médicos, como acessos venosos e sondas, para garantir a sua correta identificação durante o procedimento cirúrgico.
- Condições higiênicas: Verificar e anotar as condições de higiene do paciente, incluindo a limpeza corporal e preparo da pele para o procedimento.
- Anotar a presença e/ou retirada e guarda de artefatos e pertences: Registrar a presença, retirada e guarda de próteses, órteses, pertences pessoais e outros artefatos que acompanham o paciente durante o procedimento.
- Condições psicológicas: Avaliar o estado emocional e psicológico do paciente para identificar possíveis ansiedades ou preocupações relacionadas ao procedimento cirúrgico.

Anotações de procedimentos de enfermagem

- Orientações: Registrar as orientações fornecidas ao paciente sobre o procedimento cirúrgico, incluindo jejum, preparo intestinal, cuidados pós-operatórios e demais instruções pertinentes.
- Esvaziamento vesical / sondagem: Registrar a realização de esvaziamento vesical ou sondagem vesical, quando necessário para o procedimento cirúrgico.
- Preparo intestinal: Anotar a realização do preparo intestinal, quando indicado, para garantir a adequada preparação do paciente para o procedimento.
- Preparo da pele: Registrar o tipo e os produtos utilizados no preparo da pele do paciente antes da cirurgia para reduzir o risco de infecções.
- Registro do tipo e local da cirurgia: Documentar o tipo de cirurgia a ser realizada e o local anatômico onde será realizada.
- Queixas: Registrar quaisquer queixas ou sintomas apresentados pelo paciente durante o período pré-operatório.
- Intercorrências e providências adotadas: Descrever qualquer intercorrência ou complicação que ocorra durante o período pré-operatório e as medidas tomadas para resolvê-las.
- Encaminhamento do prontuário, exames pré-operatórios: Encaminhar o prontuário e os exames pré-operatórios ao setor responsável pelo procedimento cirúrgico para garantir a continuidade do cuidado.
- Encaminhamento ao Centro Cirúrgico / Obstétrico: Registrar o encaminhamento do paciente ao Centro Cirúrgico ou Obstétrico no momento oportuno.
- Nome completo e Coren do responsável pelo procedimento.

Exemplo de Anotação no Pré-Operatório

No dia 15 de abril de 2024, às 07h00, iniciou-se o período pré-operatório para o paciente R.S., que será submetido a cirurgia de apendicectomia. O paciente encontra-se consciente e orientado, sem queixas significativas. Foi realizado esvaziamento vesical e preparo intestinal conforme prescrição médica. Os sinais vitais foram aferidos e estão dentro dos parâmetros de normalidade. A pele foi preparada com solução antisséptica na região do apêndice. Todos os dispositivos foram devidamente identificados.

Anotações de procedimentos de enfermagem

Anotação de enfermagem transoperatório

Durante o transoperatório, o paciente é submetido ao procedimento cirúrgico propriamente dito, sendo fundamental o acompanhamento e registro detalhado das diversas etapas e intervenções realizadas, visando garantir a segurança e eficácia do processo.

Recomendações de Anotação:

- **Data e hora da Recepção no Centro Cirúrgico e encaminhamento à Sala Cirúrgica:** Registrar o momento exato em que o paciente é recebido no Centro Cirúrgico e encaminhado à sala de cirurgia.
- **Tipo de cirurgia:** Anotar o tipo específico de cirurgia a ser realizada.
- **Orientações prestadas:** Registrar as orientações fornecidas ao paciente antes do procedimento cirúrgico.
- **Procedimentos / cuidados realizados:** Descrever os procedimentos e cuidados realizados durante o transoperatório, como posicionamento, instalação e/ou retirada de dispositivos médicos, acesso venoso, sondas, entre outros, conforme prescrição médica ou rotina institucional.
- **Composição da equipe cirúrgica:** Identificar os profissionais que compõem a equipe cirúrgica durante o procedimento.
- **Dados do horário de início e término da cirurgia:** Registrar o horário de início e término da cirurgia conforme protocolos estabelecidos pela instituição.
- **Tipo de curativo e local:** Anotar o tipo de curativo realizado e o local onde foi aplicado.
- **Material coletado para exames de diagnóstico:** Registrar o material coletado durante o procedimento cirúrgico para análises laboratoriais ou exames complementares.
- **Intercorrências durante o ato cirúrgico:** Descrever quaisquer intercorrências ou complicações que ocorram durante o procedimento cirúrgico e as providências adotadas para resolvê-las.

Anotações de procedimentos de enfermagem

- **Encaminhamento à Sala de Recuperação Pós-anestésica:** Registrar o momento em que o paciente é encaminhado à Sala de Recuperação Pós-anestésica após o término da cirurgia.
- **Nome completo e Coren do responsável pelo procedimento:** Identificar o enfermeiro responsável pelo acompanhamento e cuidado durante o transoperatório.

Exemplo de Anotação no Transoperatório

No dia 15 de abril de 2024, às 09h30, o paciente J.S. foi recebido no Centro Cirúrgico e encaminhado à Sala Cirúrgica para a realização de cirurgia de apendicectomia. A equipe cirúrgica foi composta pelo Dr. M.P. e Dr. A.B. Durante o procedimento, foram realizados os devidos cuidados de posicionamento e instalação de dispositivos, incluindo acesso venoso e monitorização dos sinais vitais. Não foram observadas intercorrências durante o ato cirúrgico. Após a conclusão da cirurgia, o paciente foi encaminhado à Sala de Recuperação Pós-anestésica às 11h45. A anotação foi realizada pela Enfermeira L.R., COREN-SP XXXXX, assegurando o registro adequado do procedimento transoperatório.

Anotações de procedimentos de enfermagem

Anotação de Enfermagem Pós-operatório

Após o procedimento cirúrgico, a anotação de enfermagem no pós-operatório é fundamental para monitorar e documentar a evolução do paciente, garantindo uma recuperação adequada e prevenindo complicações.

Recomendações de Anotação:

- **Data e hora de retorno à Unidade:** Registrar o momento exato em que o paciente retorna à unidade após o procedimento cirúrgico.
- **Nível de consciência:** Avaliar o nível de consciência do paciente, incluindo se está acordado, sonolento, confuso ou orientado.
- **Localização anatômica e aspecto do curativo cirúrgico:** Descrever o local do curativo cirúrgico e seu aspecto, incluindo características como presença de exsudato, tipo de curativo utilizado e qualquer alteração observada.
- **Sinais vitais:** Registrar os sinais vitais do paciente, incluindo frequência cardíaca, pressão arterial, frequência respiratória e temperatura.
- **Acesso venoso:** Verificar a permeabilidade e condições do acesso venoso, se presente.
- **Posicionamento no leito:** Descrever o posicionamento do paciente no leito, garantindo conforto e prevenção de complicações.
- **Medidas de proteção:** Anotar as medidas de proteção adotadas para prevenir complicações, como uso de grades no leito.
- **Presença de acompanhantes:** Registrar se há acompanhantes presentes e suas observações, se aplicável.
- **Orientações ao paciente e à família:** Descrever as orientações fornecidas ao paciente e à família sobre os cuidados pós-operatórios e demais informações relevantes.
- **Entrega documentada dos pertences:** Garantir que os pertences do paciente estejam devidamente documentados e entregues.

Anotações de procedimentos de enfermagem

- **Intercorrências e providências adotadas:** Descrever quaisquer intercorrências ou complicações ocorridas no pós-operatório e as providências tomadas para abordá-las.
- **Nome completo e Coren do responsável pelos procedimentos:** Identificar o enfermeiro responsável pelos cuidados no pós-operatório.

Exemplo de Anotação no Pós-operatório

No dia 15 de abril de 2024, às 14h00, o paciente J.M. retornou à Unidade após cirurgia abdominal. O paciente encontra-se consciente e orientado, apresentando curativo cirúrgico oclusivo no abdome, limpo e seco. Os sinais vitais estão dentro da normalidade, com frequência cardíaca de 80 bpm, pressão arterial de 120/80 mmHg, frequência respiratória de 16 irpm e temperatura de 37°C. O acesso venoso está permeável. O paciente está posicionado em decúbito dorsal, com instalação de grades no leito para segurança. Não há acompanhantes presentes no momento. Foram fornecidas orientações ao paciente e à família sobre os cuidados pós-operatórios, incluindo repouso e alimentação adequada. Os pertences do paciente foram entregues e devidamente documentados. Não foram observadas intercorrências até o momento. A anotação foi realizada pelo Enfermeiro A.S., COREN-SP XXXXX, garantindo o registro completo do pós-operatório.

Anotações de procedimentos de enfermagem

Anotação de Deambulação

A deambulação, ou capacidade de caminhar, é um aspecto crucial da recuperação do paciente após procedimentos cirúrgicos ou durante o tratamento hospitalar. A anotação adequada desse processo é essencial para monitorar a progressão do paciente e identificar possíveis complicações.

Recomendações de Anotação:

- **Data e Hora da Realização do Estímulo à Deambulação:** Registrar o momento exato em que o paciente foi estimulado a caminhar.
- **Necessidade de Auxílio:** Registrar se o paciente necessitou de auxílio para deambular, seja do profissional de saúde, de muletas, bengala ou andador.
- **Anormalidades da Marcha:** Descrever quaisquer anormalidades observadas na marcha do paciente durante a deambulação.
- **Queixas de Claudicação:** Relatar se o paciente apresentou queixas de claudicação intermitente ou contínua durante a caminhada.
- **Postura do Paciente ao Deambular:** Anotar a postura adotada pelo paciente durante a deambulação, observando se há alguma alteração significativa.
- **Intercorrências e Providências Adotadas:** Registrar quaisquer intercorrências ou complicações que surgiram durante o processo de deambulação, bem como as providências tomadas para abordá-las.
- **Eliminação de Gases:** Em caso de eliminação de gases durante a deambulação, realizar o registro apropriado.
- **Identificação do Profissional Responsável:** Anotar o nome completo e o número do Coren do profissional de enfermagem responsável pelo estímulo à deambulação e pela anotação.

Anotações de procedimentos de enfermagem

Exemplo de Anotação de Deambulação:

No dia 15 de abril de 2024, às 10h30, o paciente J.S. foi estimulado a deambular no corredor do setor. O paciente necessitou de auxílio de uma muleta para realizar a caminhada. Durante a deambulação, foi observada uma leve claudicação intermitente no membro inferior esquerdo. A postura do paciente estava ereta e equilibrada. Não foram relatadas queixas durante o processo. Ao final da deambulação, o paciente referiu-se a uma sensação de alívio na região lombar. Não foram identificadas intercorrências durante o procedimento. A anotação foi realizada pela Enfermeira R.M., COREN-SP XXXXX.

Anotações de procedimentos de enfermagem

Anotação de Enfermagem - Retirada de Pontos

A retirada de pontos é um procedimento comum após a cicatrização de feridas suturadas. A anotação adequada desse processo é essencial para acompanhar a evolução da cicatrização e garantir o cuidado adequado ao paciente.

Recomendações de Anotação:

- **Data e Hora da Realização do Procedimento:** Registrar o momento exato em que a retirada dos pontos foi realizada.
- **Tempo de Sutura:** Anotar o período decorrido desde a realização da sutura até o momento da retirada dos pontos.
- **Tipo da Sutura:** Descrever o tipo de sutura utilizada na ferida.
- **Local da Ferida:** Identificar o local específico da ferida onde os pontos estão sendo retirados.
- **Aspectos da Ferida:** Observar e descrever os aspectos da ferida, como a presença de inflamação, secreção ou sinais de infecção.
- **Curativo e Material Utilizado:** Registrar o curativo utilizado após a retirada dos pontos, bem como o material empregado.
- **Orientação ao Paciente:** Fornecer orientações ao paciente sobre cuidados posteriores à retirada dos pontos, como evitar exposição ao sol ou atividades físicas intensas.
- **Intercorrências e/ou Providências Adotadas:** Registrar qualquer intercorrência durante o procedimento ou sinais de complicações, além das medidas tomadas para tratá-las.
- **Identificação do Profissional Responsável:** Anotar o nome completo e o número do Coren do enfermeiro responsável pela retirada dos pontos e pela anotação.

Anotações de procedimentos de enfermagem

Exemplo de Anotação de Retirada de Pontos

No dia 15 de abril de 2024, às 09h00, foi realizada a retirada dos pontos na ferida cirúrgica do paciente M.L., localizada na região abdominal. O tempo de sutura foi de 10 dias. Os pontos utilizados foram do tipo monofilamentar absorvível. A ferida apresentava-se sem sinais de infecção, com cicatrização adequada e ausência de secreção. Após a retirada dos pontos, foi aplicado um curativo simples com gaze estéril e micropore. O paciente foi orientado a evitar molhar a ferida e a não realizar esforços físicos intensos. Não foram identificadas intercorrências durante o procedimento. A anotação foi realizada pela Enfermeira A.B., COREN-SP XXXXX.

Anotações de procedimentos de enfermagem

Anotação de Enfermagem - Sinais Vitais

Os sinais vitais são indicadores fundamentais da saúde do paciente e devem ser registrados de forma precisa e regular para monitorar sua condição clínica.

Recomendações de Anotação:

- **Data e Hora do Procedimento:** Registrar a data e a hora em que os sinais vitais foram aferidos, garantindo um acompanhamento temporal adequado.
- **Dados Aferidos:** Anotar os sinais vitais medidos, incluindo temperatura, pulso, pressão arterial, frequência respiratória e saturação de oxigênio, se disponíveis.
- **Queixas:** Registrar quaisquer queixas relatadas pelo paciente, como dor, desconforto ou outros sintomas relevantes.
- **Estado Geral do Paciente:** Descrever o estado geral do paciente, incluindo sua condição de consciência, nível de conforto e qualquer alteração observada.
- **Intercorrências e Providências Adotadas:** Registrar quaisquer intercorrências durante a aferição dos sinais vitais, bem como as medidas adotadas para abordá-las, como a comunicação com a equipe médica ou a realização de intervenções imediatas.
- **Identificação do Profissional Responsável:** Anotar o nome completo e o número do Coren do enfermeiro responsável pela aferição dos sinais vitais e pela anotação.

Exemplo de Anotação de Sinais Vitais:

No dia 15 de abril de 2024, às 08h00, foram aferidos os sinais vitais do paciente A.T. Os dados registrados foram os seguintes: temperatura axilar de 36,8°C, pulso radial de 78 bpm, pressão arterial de 120/80 mmHg, frequência respiratória de 16 irpm e saturação de oxigênio de 98%. O paciente não apresentou queixas significativas e seu estado geral foi considerado estável, com boa resposta aos estímulos e sem sinais de desconforto. Não foram observadas intercorrências durante o procedimento. A anotação foi realizada pelo Enfermeiro J.P., COREN-SP XXXXX.

Anotações de procedimentos de enfermagem

Anotação de Transferência Interna

Registrar adequadamente a transferência interna de pacientes é crucial para garantir a continuidade dos cuidados e a segurança durante o processo de mudança de setor ou unidade.

Recomendações de Anotação

- **Motivo da Transferência:** Descrever o motivo que levou à necessidade de transferência interna do paciente.
- **Data e Horário:** Registrar a data e o horário exatos em que a transferência foi realizada.
- **Setor de Destino e Forma de Transporte:** Indicar o setor para onde o paciente está sendo transferido e o método de transporte utilizado, como maca ou cadeira de rodas.
- **Procedimentos / Cuidados Realizados:** Anotar quaisquer procedimentos ou cuidados realizados durante a transferência, como punção de acesso venoso, instalação de oxigênio, verificação dos sinais vitais, entre outros.
- **Condições na Saída:** Descrever as condições do paciente no momento da saída, incluindo o seu estado de consciência, presença de lesões ou outras observações relevantes.
- **Queixas:** Registrar quaisquer queixas relatadas pelo paciente durante o processo de transferência.

Exemplo de Anotação de Transferência Interna:

No dia 15 de abril de 2024, às 10h30, o paciente M.S. foi transferido internamente do setor de Clínica Médica para a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) devido a deterioração do quadro clínico e necessidade de monitoramento intensivo. A transferência foi realizada em maca, com a presença do Enfermeiro R.A., COREN-SP XXXXX. Durante o procedimento, foram realizados os seguintes cuidados: verificação dos sinais vitais, punção de acesso venoso e instalação de oxigênio suplementar. O paciente estava consciente, porém apresentava dispneia e taquipneia. Não foram relatadas intercorrências durante a transferência.

Anotações de procedimentos de enfermagem

Anotação de Transferência Externa

A anotação cuidadosa da transferência externa de pacientes é essencial para garantir uma transição suave e segura entre instituições de saúde e serviços médicos.

Recomendações de Anotação:

- **Motivo da Transferência:** Descrever o motivo que justifica a necessidade de transferir o paciente para outra instituição de saúde.
- **Data e Horário:** Registrar a data e o horário precisos em que a transferência ocorreu.
- **Instituição de Destino, Forma de Transporte e Encaminhamento:** Indicar para qual instituição o paciente está sendo transferido, o método de transporte utilizado e o procedimento de encaminhamento.
- **Procedimentos / Cuidados Realizados:** Anotar quaisquer procedimentos ou cuidados realizados durante o processo de transferência, como punção de acesso venoso, instalação de oxigênio e verificação dos sinais vitais.
- **Condições na Saída:** Descrever as condições do paciente no momento da saída, incluindo o método de transporte utilizado, o estado de consciência, a presença de lesões ou outras observações relevantes.
- **Presença de Acompanhante:** Registrar se há um acompanhante presente durante a transferência e suas observações, se aplicável.
- **Queixas:** Anotar quaisquer queixas relatadas pelo paciente durante o processo de transferência.
- **Nome Completo e Coren do Responsável:** Identificar o enfermeiro responsável pelo procedimento de transferência, incluindo o registro do Coren.

Anotações de procedimentos de enfermagem

Exemplo de Anotação de Transferência Externa:

No dia 15 de abril de 2024, às 12h45, o paciente L.F. foi transferido externamente da nossa instituição para o Hospital São Lucas devido à necessidade de avaliação especializada em cardiologia intervencionista. A transferência foi realizada em ambulância, com a presença do Enfermeiro A.C., COREN-SP XXXXX. Durante o procedimento, foram realizados os seguintes cuidados: verificação dos sinais vitais, punção de acesso venoso e instalação de oxigênio suplementar. O paciente estava consciente e estável hemodinamicamente. Um acompanhante familiar acompanhou o paciente durante a transferência e não foram relatadas intercorrências durante o processo.

Anotações de procedimentos de enfermagem

Anotação de Tricotomia:

A tricotomia é um procedimento realizado para a remoção dos pelos em uma determinada área do corpo antes de uma intervenção cirúrgica ou procedimento médico. Uma anotação precisa é fundamental para documentar a execução adequada do procedimento e garantir a segurança do paciente.

Recomendações de Anotação:

- **Data e Hora da Realização do Procedimento:** Registrar o momento exato em que a tricotomia foi realizada.
- **Condições da Área onde Será Realizado o Procedimento:** Descrever as condições da pele e do local onde a tricotomia será realizada, incluindo a limpeza e a integridade da pele.
- **Objetivo do Procedimento:** Indicar o motivo pelo qual a tricotomia está sendo realizada, como preparação para cirurgia ou acesso a uma área específica.
- **Material Utilizado:** Listar os materiais utilizados durante o procedimento, incluindo lâminas de barbear, tesouras, solução antisséptica, entre outros.
- **Intercorrências e/ou Providências Adotadas:** Registrar qualquer intercorrência que ocorra durante a tricotomia, bem como as providências tomadas para abordá-las, como controle de sangramento ou tratamento de irritação cutânea.
- **Nome Completo e Coren do Responsável pelos Procedimentos:** Identificar o enfermeiro responsável pela realização da tricotomia, incluindo o registro do Coren.

Anotações de procedimentos de enfermagem

Exemplo de Anotação de Tricotomia:

No dia 15 de abril de 2024, às 10h30, foi realizada tricotomia na região abdominal do paciente J.S. em preparação para cirurgia de apendicectomia. A área foi adequadamente limpa com solução antisséptica, e a integridade da pele foi verificada. O objetivo do procedimento foi garantir uma área cirúrgica limpa e reduzir o risco de infecções. Foram utilizadas lâminas de barbear descartáveis e tesouras estéreis. Durante a tricotomia, não foram observadas intercorrências. O procedimento foi realizado pelo Enfermeiro R.F., COREN-SP XXXXX, seguindo os protocolos institucionais de segurança e as diretrizes de cuidados pré-operatórios.

Anotações de procedimentos de enfermagem

Anotação de Vacina:

A administração de vacinas é um procedimento fundamental para prevenir doenças infecciosas e proteger a saúde pública. Uma anotação cuidadosa é essencial para documentar adequadamente a administração da vacina e garantir a segurança do paciente.

Recomendações de Anotação

- **Data e Hora da Realização do Procedimento:** Registrar o momento exato em que a vacina foi administrada.
- **Idade:** Registrar a idade do paciente no momento da vacinação.
- **Tipo de Vacina, Dosagem:** Descrever o nome da vacina administrada e a dosagem aplicada.
- **Via e Local da Administração:** Indicar a via de administração da vacina (intramuscular, subcutânea, etc.) e o local específico onde foi aplicada.
- **Número de Doses:** Registrar o número de doses da vacina administrada, especialmente se for parte de um esquema de doses múltiplas.
- **Reação no Local da Aplicação:** Anotar qualquer reação observada no local da aplicação, como vermelhidão, inchaço ou dor.
- **Orientação quanto ao Cuidado com o Local da Aplicação:** Fornecer orientações ao paciente sobre os cuidados necessários com o local da aplicação, como evitar fricção ou exposição excessiva ao sol.
- **Orientações:** Informar ao paciente sobre o tipo de vacina administrada e a data recomendada para o retorno, se aplicável.
- **Intercorrências e/ou Providências Adotadas:** Registrar qualquer intercorrência durante ou após a administração da vacina, bem como as providências tomadas para abordá-las.
- **Nome Completo e Coren do Responsável pelos Procedimentos:** Identificar o enfermeiro responsável pela administração da vacina, incluindo o registro do Coren.

Anotações de procedimentos de enfermagem

Exemplo de Anotação de Vacina

No dia 15 de abril de 2024, às 09h00, foi administrada a vacina contra a gripe no paciente M.R., de 65 anos. A vacina aplicada foi a trivalente, com dosagem padrão. Foi administrada via intramuscular no braço esquerdo do paciente. Esta é a primeira dose de duas do esquema de vacinação contra a gripe. Não foram observadas reações no local da aplicação. O paciente foi orientado a evitar esforço excessivo com o braço e a retornar em 30 dias para a segunda dose. Não foram relatadas intercorrências durante o procedimento. A anotação foi realizada pela Enfermeira A.B., COREN-SP XXXXX.

Anotações de procedimentos de enfermagem

Anotação de Dor

A avaliação da dor é uma parte essencial dos cuidados de enfermagem, permitindo o monitoramento adequado do desconforto do paciente e a implementação de intervenções para alívio da dor. Uma anotação precisa é crucial para garantir que a dor seja adequadamente gerenciada e que o bem-estar do paciente seja mantido.

Recomendações de Anotação

- **Data e Hora da Avaliação:** Registrar o momento exato em que a avaliação da dor foi realizada.
- **Localização (se aplicável):** Descrever a localização específica da dor, se aplicável, para ajudar na identificação de sua origem.
- **Anotar Presença de Edemas, Distensão Abdominal, Entre Outros:** Observar e registrar quaisquer sintomas adicionais que possam estar associados à dor, como edemas ou distensão abdominal.
- **Escala de Dor de acordo com a Faixa Etária e Rotina da Instituição:** Aplicar a escala de dor apropriada para a faixa etária do paciente e conforme a rotina da instituição, utilizando uma ferramenta validada e reconhecida.
- **Score – Valor Aferido:** Registrar o valor do escore de dor obtido na escala utilizada, refletindo a intensidade da dor relatada pelo paciente.
- **Intercorrências e/ou Providências Adotadas para Alívio da Dor:** Descrever quaisquer intercorrências identificadas durante a avaliação da dor e as providências tomadas para aliviar o desconforto do paciente.
- **Nome Completo e Coren do Responsável pelo Procedimento:** Identificar o enfermeiro responsável pela avaliação da dor, incluindo o registro do Coren.

Anotações de procedimentos de enfermagem

Exemplo de Anotação de Dor

No dia 15 de abril de 2024, às 10h30, foi realizada avaliação da dor no paciente J.S., que relatou dor abdominal aguda. A dor foi localizada na região epigástrica e apresentava intensidade moderada. Não foram observados edemas ou distensão abdominal durante a avaliação. Foi aplicada a Escala Visual Analógica (EVA), e o paciente atribuiu um valor de 6 para a intensidade da dor. Como providência, foi administrado analgésico prescrito conforme protocolo da instituição. Após 30 minutos, o paciente relatou melhora da dor, reduzindo a intensidade para 3 na escala. A anotação foi realizada pela Enfermeira R.B., COREN-SP XXXXX.

Registro em prontuário

Registro em Prontuário para Enfermeiros Recém-Formados

Como enfermeiros recém-formados, a habilidade de realizar anotações precisas e completas, assim como registrar adequadamente no prontuário do paciente, é essencial para fornecer cuidados de qualidade e garantir a segurança do paciente. Neste capítulo, abordaremos informações relevantes sobre anotação e evolução de enfermagem, bem como o registro em prontuário, para ajudá-lo a desenvolver essas habilidades fundamentais.

1. Importância da Anotação e Evolução de Enfermagem:

- A anotação de enfermagem é uma parte crucial do processo de cuidado, pois fornece um registro detalhado das observações, intervenções e respostas do paciente ao tratamento.
- A evolução de enfermagem é uma ferramenta para documentar a progressão do paciente ao longo do tempo, incluindo mudanças no estado de saúde, resposta ao tratamento e planos de cuidados revisados.
- Ambas as práticas são essenciais para a comunicação eficaz entre os membros da equipe de saúde, garantindo a continuidade dos cuidados e facilitando a tomada de decisões informadas.

2. Componentes da Anotação de Enfermagem:

- Data e Hora: Registrar o momento exato em que a observação ou intervenção foi realizada.
- Observações e Avaliações: Descrever detalhadamente as condições do paciente, incluindo sinais vitais, sintomas, estado emocional e resposta ao tratamento.
- Intervenções Realizadas: Documentar todas as ações tomadas, como administração de medicamentos, procedimentos realizados, cuidados de enfermagem prestados e orientações fornecidas.

Registro em prontuário

- Respostas do Paciente: Registrar as respostas do paciente às intervenções e tratamentos, incluindo qualquer melhora ou deterioração no estado de saúde.
- Comunicação e Colaboração: Incluir informações sobre comunicações com outros membros da equipe de saúde, bem como a colaboração em planos de cuidados.

3. Princípios de Registro em Prontuário:

- Confidencialidade: Garantir a confidencialidade das informações do paciente, seguindo as políticas e regulamentos de privacidade de dados.
- Precisão e Clareza: Registrar informações de forma precisa e clara, evitando ambiguidades e abreviações não padronizadas.
- Organização: Manter o registro organizado e cronológico, facilitando a revisão e a recuperação das informações quando necessário.
- Legalidade: Seguir as diretrizes éticas e legais ao documentar no prontuário, incluindo a assinatura com nome completo e número de registro profissional.

4. Dicas para Enfermeiros Recém-Formados:

- Pratique a documentação regularmente para aprimorar suas habilidades de anotação e evolução de enfermagem.
- Busque orientação de enfermeiros mais experientes ou preceptores para entender as melhores práticas de registro.
- Mantenha-se atualizado sobre as políticas e diretrizes da instituição relacionadas à documentação em prontuário.
- Seja diligente e cuidadoso ao documentar informações, lembrando-se sempre da importância da precisão e confiabilidade dos registros.

Registro em prontuário

Conclusão:

A anotação e evolução de enfermagem, assim como o registro em prontuário, são aspectos fundamentais da prática clínica do enfermeiro. Ao desenvolver habilidades sólidas nessa área, os enfermeiros recém-formados podem contribuir significativamente para a prestação de cuidados de qualidade e a segurança do paciente. Portanto, é essencial dedicar tempo e esforço para aprimorar essas habilidades desde o início de suas carreiras profissionais.

Conclusão

Parabéns por percorrer este Ebook abrangente sobre modelos de registros de enfermagem! Esperamos que você tenha encontrado informações valiosas e inspiração para aprimorar suas habilidades de documentação, promovendo a excelência no cuidado ao paciente.

Durante esta jornada, exploramos uma variedade de modelos, desde anotações básicas até evoluções detalhadas, destacando a importância da precisão, clareza e ética no registro de informações. Como profissionais de enfermagem, nosso compromisso com a documentação cuidadosa vai além de simplesmente registrar intervenções; é uma peça fundamental na promoção da segurança do paciente e na comunicação interdisciplinar eficaz.

Lembre-se sempre de seguir as diretrizes estabelecidas pelos órgãos reguladores, como o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), garantindo que seus registros sejam atualizados, legíveis e legalmente válidos. Ao aplicar os princípios e práticas aprendidos neste guia, você estará contribuindo significativamente para a qualidade e segurança do cuidado prestado.

À medida que você avança em sua carreira, continue buscando oportunidades de aprendizado e aprimoramento. A educação contínua é a chave para se manter atualizado com as melhores práticas e avanços na área da saúde.

Agradecemos por sua dedicação em aprimorar suas habilidades e empenho em oferecer o melhor cuidado possível aos seus pacientes. Continue sendo um agente de mudança positiva na vida daqueles que você atende.

Desejamos a você sucesso contínuo em sua jornada profissional e esperamos que este guia tenha sido uma fonte valiosa de conhecimento e inspiração.

Com gratidão,

Enf. Richard Lahoz - Comunidade Enfermeiros do Bem

Referências bibliográficas

Referências:

1 - Conselho Federal de Enfermagem. Guia de recomendações para registro de enfermagem no prontuário do paciente e outros documentos de enfermagem. 2016. Disponível em:

<https://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/08/Guia-de-Recomenda%C3%A7%C3%B5es-CTLN-Vers%C3%A3o-Web.pdf>

Acesso em: 14/03/2024.

2 - NARDINI, Carolina de Oliveira; SILVA, Ilda Cecília Moreira da; LOUREIRO, Lucrécia Helena. Guia prático de registro em enfermagem. Volta Redonda: Centro Universitário de Volta Redonda, 2018. Disponível em:

https://sites.unifoa.edu.br/portal_ensino/mestrado/mecisma/arquivos/2018/caroline-oliveira-pd.pdf

Acesso em: 14/03/2024.

3 - CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. Anotações de enfermagem. São Paulo: Coren-SP, 2022. Disponível em:

<https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2022/09/anotacao-de-enfermagem.pdf>

Acesso em: 15/03/2024.

4 - DIVISÃO DE ENFERMAGEM, Secretaria Municipal da Saúde, Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto. Manual de registro de enfermagem. Ribeirão Preto, 2016. Disponível em:

<https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/portal/pdf/saude750202312.pdf>

Acesso em: 16/03/2024.

5 - BRITO, Nilza Martins Ravazoli; VELOZO, Bruna Cristina; PAVANELLI, Rosana Jimenes. Manual de orientação: Anotação de enfermagem. Botucatu - SP: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, 2016. Disponível em:

<https://solusite.com.br/site-hc/wp-content/uploads/2022/01/Manual-de-orientacao-Anotacao-de-enfermagem.pdf> Acesso em: 17/03/2024.

Referências bibliográficas

Referências:

6 - CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO; BARROS, Alba Lúcia B.L. et al. Processo de enfermagem: guia para a prática. São Paulo: COREN-SP, 2015. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/SAE-web.pdf>
Acesso em: 18/03/2024.

7 - COREN-SP. Anotações de enfermagem. São Paulo, 2009. Disponível em: <https://www.portaldafenfermagem.com.br/downloads/manual-anotacoes-de-enfermagem-coren-sp.pdf>
Acesso em: 19/03/2024.

8 - FVR – Faculdades Integradas do Vale do Ribeira. Manual de Procedimentos Básicos de Enfermagem. Elaboração de André Luiz Thomaz de Souza e Bárbara de Oliveira Prado Sousa. Registro, 2017. Disponível em: <https://portal.unisepe.com.br/fvr/wp-content/uploads/sites/10003/2018/02/Manual-de-Procedimentos-B%C3%A1sicos-de-Enfermagem.pdf>
Acesso em: 19/03/2024.



RICHARD LAHOZ

@enfermeirosdobemapp