



|   |     |  |  |   |
|---|-----|--|--|---|
| DATA:        /        /   |     |  |  |   |
| Nome do Paciente:   |     |  |  |   |
| Peso do Paciente:   |     |  | <i>Colar etiqueta com os dados do paciente</i> |   |
| Altura do paciente:   |     |  |  |   |
| Idade do paciente:  |     |  |  |   |
| Superfície corpórea:  |     |  |  |   |
| <i>Medicamentos em uso:(descreva)</i>                             |     |  |  |   |
| <i>Alergia a algum medicamento? (descreva)</i>                    |     |  |  |   |
| Arritmias cardíacas?  | SIM |  | NÃO  | Outras informações clínicas:                |
| Asma?   | SIM |  | NÃO  |   |
| Bronquite?  | SIM |  | NÃO  |   |
| Diabetes?   | SIM |  | NÃO  |   |
| Epilepsia?  | SIM |  | NÃO  |   |
| <i>Prescrição médica: (medicamento/dose/via):</i>                 |     |  |  |   |
| Medicação: _____  |     |  |  |   |
| Apresentação: _____   |     |  |  |   |
| Diluição: _____   |     |  |  |   |
| Lote: _____ Validade: _____                                       |     |  |  |   |
| <i>Horário inicial da administração da medicação:</i> _____       |     |  |  |   |
| CLONIDINA: Padronizado a apresentação para 0,100mg.               |     |  |  |   |
| <i>Check list da medicação segura:</i>                            |     |  |  |   |
| <input type="checkbox"/> Paciente certo                           |     |  |  | <input type="checkbox"/> Via de adm. certa  |
| <input type="checkbox"/> Prescrição certa                         |     |  |  | <input type="checkbox"/> Horário certo      |
| <input type="checkbox"/> Medicamento certo                        |     |  |  | <input type="checkbox"/> Validade certa     |
| <input type="checkbox"/> Apresentação certa                       |     |  |  | <input type="checkbox"/> Registro certo     |
| <input type="checkbox"/> Dose certa                               |     |  |  | <input type="checkbox"/> Paciente orientado |
| <input type="checkbox"/> Para clonidina *apresentação de 0,100mg. |     |  |  |   |
| <i>Identificação do pedido Médico:</i>                            |     |  |  |   |
| <input type="checkbox"/> O paciente trouxe o pedido médico?       |     |  |  |   |
| <input type="checkbox"/> O pedido corresponde ao exame agendado?  |     |  |  |   |
| <i>Armazenamento e transporte do medicamento:</i>                 |     |  |  |   |



- Esse medicamento estava acondicionado adequadamente?  
 O medicamento termolábil está refrigerado de 2° a 8 °C?  
 Medicamento em temperatura ambiente 15° a 30°?  
 Medicamento trazido pelo paciente?  Sim  Não Se sim, a embalagem está íntegra?  Sim  Não

**Monitorar Sinais vitais:**

| Tempo de Coleta | Horário de Coleta | PA | FC | Saturação | Glicemia Capilar | Responsável |
|-----------------|-------------------|----|----|-----------|------------------|-------------|
| Basal           | :                 |    |    |           |                  |             |
| minutos         | :                 |    |    |           |                  |             |
| minutos         | :                 |    |    |           |                  |             |
| minutos         | :                 |    |    |           |                  |             |
| minutos         | :                 |    |    |           |                  |             |
| minutos         | :                 |    |    |           |                  |             |
| minutos         | :                 |    |    |           |                  |             |
| minutos         | :                 |    |    |           |                  |             |
| minutos         | :                 |    |    |           |                  |             |
| minutos         | :                 |    |    |           |                  |             |

**Evolução de enfermagem:**

**Nome do enfermeiro(a) responsável/COREN:**

---

**Registro médico:**

**Nome do médico/CRM/Carimbo:** \_\_\_\_\_

**Obs. Todos os campos acima devem ser preenchidos**