SAÚDE em nossas mãos
atitudes que salvam vidas

Template
Visita diária multidisciplinar

Participantes

Data da visita: _____

- O Fisioterapeuta
- O Médico
- O Coordenador
- O Nutricionista
- O Assistente social
- O Enfermeiro
- O Técnico de enfermagem
- O Outro _____
- O Outro _____

Nome do paciente/ leito:

Data e motivo da admissão em UTI:

Problemas ativos:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Dispositivos e data de inserção:

1. _____ Data: _____ Pode retirar? O SIM O NÃO (justifique) _____
2. _____ Data: _____ Pode retirar? O SIM O NÃO (justifique) _____
3. _____ Data: _____ Pode retirar? O SIM O NÃO (justifique) _____
4. _____ Data: _____ Pode retirar? O SIM O NÃO (justifique) _____

Nutrição

1. Risco nutricional: _____
2. Meta calórica: _____ __
3. Glicemias adequadas? O SIM O NÃO
2. Dieta recebida: _____
4. Evacuação presente? O SIM O NÃO

Sedação e analgesia:

1. Uso do protocolo de sedação? O SIM O NÃO (justifique) _____
2. Meta RASS individualizada? O SIM. Qual objetivo de RASS? _____
3. Escala de dor? _____
4. Delirium nas últimas 24 horas? O SIM O NÃO

Respiratório/mobilização

1. Suporte ventilatório/ parâmetros: _____
2. Bundle PAV: O cabeceira elevada? O circuito posicionado? O cuff insuflado?
3. candidato a extubação em 24 horas? O SIM O NÃO
4. Condições de sair do leito? O SIM O NÃO

Infeccioso

1. Culturas positivas: Data: _____ Local: _____ Agente: _____
   Data: _____ Local: _____ Agente: _____
   Data: _____ Local: _____ Agente: _____
2. Antibióticos: Nome: _____ Data início: _____
   Nome: _____ Data início: _____
   Nome: _____ Data início: _____

Outros ítens

1. Corticóide indicado? O SIM (data de inicio): _____ O NÃO
2. Proteção gástrica? O SIM (qual?) _____ O NÃO (justifique) _____
3. Lesão de pele: O SIM (local e grau) _____ O NÃO
4. Previsão de alta em 24 horas? O SIM O NÃO
5. CUidados paliativos definidos? O SIM O NÃO
   a. Data da definição: _____ Familiar presente: _____

Resumo das metas do dia:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____