

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM  
PEDIATRIA**



Secretaria da Saúde

Nome:	Data: / /
Matricula:	
Idade	sexo: Quarto Leito

DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ HORÁRIO: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO MÉDICO: \_\_\_\_\_

ALERGIAS: \_\_\_\_\_ ISOLAMENTO: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM (PLANO DE CUIDADOS)
1 - ( ) RISCO DE INFECÇÃO	1- Uso do EPI Adequado ( )M ( )T ( )N 1.1 - Observar, anotar e comunicar sinais e ou sintomas de infecção (Pico febril, hiperemia, secreções) ( )M ( )T ( )N
2 - ( ) PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	2 - Observar e anotar padrão, ritmo e frequência respiratória e comunicar alterações ( )M ( )T ( )N 2.1 - Aspirar secreções aéreas, anotar e comunicar aspecto e quantidade de _____ em _____ hs 08-10-12-14-16-18-20-22-24-02-04-06
( ) RISCO DE ASPIRAÇÃO	2.2 - Manter Decúbito Elevado ( )M ( )T ( )N
3 - ( ) DOR AGUDA ( ) DOR CRÔNICA	3 - Observar, anotar e comunicar queixa de dor (intensidade e localização) ( )M ( )T ( )N
4 - ( ) MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA	4 - Auxiliar na locomoção, na alimentação, anotar e comunicar alterações. ( )M ( )T ( )N
5 - ( ) DÉFICIT NO AUTOCUIDADO PARA BANHO	5 - Encaminhar, auxiliar ou realizar banho: ( ) aspersão com ajuda ( ) Imersão ( ) no leito
6 - ( ) ANSIEDADE	6 - Atender ao usuário sempre com cortesia e explicando os procedimentos a serem realizados, tranquilizando-o. ( )M ( )T ( )N
7 - ( ) NUTRIÇÃO DESEQUILIBRADA: MENOR QUE AS NECESSIDADES CORPORAIS	7 - Pesar e anotar às _____ h PESO _____ kg
( ) DEFICIT NO AUTOCUIDADO PARA ALIMENTAÇÃO	7.1 -Anotar tipo de dieta. Administrar,oferecer, auxiliar e estimular a alimentação nas refeições. ( )M ( )T ( )N
8 - ( ) RISCO DE INTEGRIDADE DA MEMBRANA MUCOSA ORAL PREJUDICADA	8 - Orientar, auxiliar ou fazer a higiene oral( solução) _____ ( )M ( )T ( )N
9 - ( ) INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA	9 - Orientar, estimular e/ou realizar mudança de decúbito e massagem de conforto de _____ em _____ hs. 08-10-12-14-16-18-20-22-24-02-04-06
10 - ( ) RISCO DE QUEDAS	9 .1 - Realizar curativo com: _____ local: _____ Horário: _____ Tipo ( ) I ( ) II
11 - ( ) DÍSTURBIO NO PADRÃO DE SONO	10 - Manter grades elevadas, campainha à mão do usuário e vigilância constante. ( )M ( )T ( )N
12 - ( ) ELIMINAÇÃO URINÁRIA PREJUDICADA	11 - Observar e anotar queixas sobre alteração no padrão de sono ( )M ( )T ( )N
( ) MOTILIDADE GASTRINTESTINAL DISFUNCIONAL	12 - Anotar e comunicar o nº, aspecto, frequência ou ausência das eliminações fisiológicas. ( )M ( )T ( )N
13 - ( ) RISCO DE DESENVOLVIMENTO ATRASADO	13 - Proporcionar atividades recreativas compatíveis com a idade ( )M ( )T ( )N
<b>Outros Diagnósticos de Enfermagem</b>	<b>Outras Prescrições de Enfermagem</b>
CARIMBO E ASSINATURA ENF.	CARIMBO E ASSINATURA AUX/TEC. ENF.(manhã)
	CARIMBO E ASSINATURA AUX/TEC. ENF.(tarde)
	CARIMBO E ASSINATURA AUX/TEC. ENF.(noite)
F DDE 003 - V3/Jan/2020	

