

FICHA DE AVALIAÇÃO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO ADULTO E INFANTIL

() VERMELHO () AMARELO () VERDE () AZUL

NOME: _____ PRONTUÁRIO _____

IDADE: _____ PESO: _____ SEXO: () MASCULINO () FEMININO

CONDIÇÕES DE CHEGADA: () SAMU/BOMBEIRO () TERCEIROS () DEAMBULANDO

SINAIS VITAIS:

PA: _____ FC: _____ FR: _____

TEMPERATURA: _____ GLICEMIA: _____ SPO² _____

QUEIXA PRINCIPAL: _____

EXAME FÍSICO: _____

SINAIS DE ALERTA

DOR:	() SIM	() NÃO	LOCAL: _____
TIPO DE DOR:	() LEVE	() MODERADA	() FORTE () SEVERA
VÔMITOS:	() SIM	() NÃO	
DIARRÉIA:	() SIM	() NÃO	QUANTOS DIAS: _____
TOSSE:	() SIM	() NÃO	PRODUTIVA: () SIM () NÃO
DIFICULDADE DE RESPIRAR:	() SIM	() NÃO	HÁ QUANTO TEMPO: _____
CHIADO NO PEITO:	() SIM	() NÃO	
TONTURA:	() SIM	() NÃO	
FRAQUEZA/APATIA:	() SIM	() NÃO	
TRAUMA/FERIDA	() SIM	() NÃO	LOCAL: _____
PARESTESIAS OU PARALISIAS:	() SIM	() NÃO	LOCAL: _____
CONVULSÕES:	() SIM	() NÃO	
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:	() ORIENTADO	() CONFUSO	() INCONSCIENTE
VIOLÊNCIA:	() SIM	() NÃO	() SUSPEITO
ACIDENTE DE TRABALHO:	() SIM	() NÃO	

DOENÇAS PRÉVIAS:

() HAS () DM () AV () CARDIOPATIA () DOENÇAS PULMONARES
() ETILISTA () TABAGISTA () ALERGIAS: _____
() OUTROS: _____

MEDICAMENTOS EM USO: _____

EXAMES COMPLEMENTARES: _____

ENCAMINHAMENTOS: _____

OBSERVAÇÕES: _____

DATA: ____/____/____ HORÁRIO: _____ ENFERMEIRO AVALIADOR: _____