



**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: _____