

Data: ____/____/____

CHECKLIST VISITA MULTIDISCIPLINAR – UTI ADULTO

NOME:		IDADE:
RG HOSP:	LEITO:	UNIDADE:
1. DIAGNÓSTICO:		
2. INTERCORRÊNCIAS NAS ÚLTIMAS 24 HORAS:		
3. PENDÊNCIAS DE EXAMES E/OU AVALIAÇÃO DE ESPECIALISTAS:		

4. EVENTOS ADVERSOS		
() EVENTO ADVERSO (< 24h): _____ () NOTIFICADO	() LESÃO POR PRESSÃO: _____	() QUEDA () BRONCOASPIRAÇÃO () FLEBITE () PERDA DE DISPOSITIVO

5. CONFORTO / ANALGESIA / DELIRIUM		
() SEDAÇÃO () DESMAME DE SEDAÇÃO () DESPERTAR DIÁRIO	() PROTOCOLO DE DOR ADEQUADO () DELIRIUM NAS ÚLTIMAS 24 HORAS	() RELATO DE DOR

6. INFECÇÃO		7. FISIOTERAPIA	
IRAS: () NÃO () SIM CULTURAS EM ANDAMENTO: _____ FOCO: _____	PRECAUÇÃO: () NÃO () CONTATO () RESPIRATÓRIO () GOTÍCULAS	() SUPORTE VENTILATÓRIO () OXIGENIOTERAPIA () VIG. RESP. () VNI () MOTORA () DESMAME VT.	8. FONOAUDIOLOGIA CONSIST. V.O.: () TRAQUEOSTOMIA () ALTERAÇÕES COGNITIVAS/LINGUAGEM/FALA () CUFF DESINSUFLADO () VÁLVULA DE FALA

9. NUTRIÇÃO		10. FARMÁCIA	
() JEJUM () VIA ORAL () DIETA ENTERAL () NUTRIÇÃO PARENTERAL () VET _____	CAL ATUAL: _____ META CALÓRICA: _____ PROTEÍNA: _____ EVACUAÇÃO: () NÃO () SIM	() INTERAÇÃO MEDICAMENTOSA () RECONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA () ALERGIA _____ () ANTIBIÓTICOS _____ () INTERVENÇÕES _____	

11. TERAPIA OCUPACIONAL		12. PSICOLOGIA	
() EM ATENDIMENTO () OCUPAÇÕES PACIENTE () OCUPAÇÕES FAMÍLIA () ÁREA MOTORA () ÁREA COGNITIVA	() COMUNICAÇÃO () SAÚDE MENTAL () TECNOL. ASSISTIVA	() EM ATENDIMENTO () PROGNÓSTICO DESFAVORÁVEL () ADAPTAÇÃO/ADESÃO AO TRATAMENTO () ASSISTÊNCIA PSICOLÓGICA EM GERAL	() CUIDADOS PALIATIVOS () OUTROS: _____

13. ASSISTÊNCIA SOCIAL		
REDE FAMILIAR () PRESENTE () AUSENTE () DEMANDAS SOCIAIS:		

14. PLANO DO DIA		
DISCUSSÃO EM EQUIPE :		

PREVISÃO DE ALTA DA UTI:		DESTINO:
MÉDICO	ENFERMEIRO	FISIOTERAPEUTA
NUTRICIONISTA	PSICÓLOGA	TERAP. OCUPACIONAL
FARMACÊUTICO	TÉC. ENFERMAGEM	ASSISTENTE SOCIAL