



NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO – NIR

Atenção ao art. 299 do Código Penal: "Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante: Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, se o documento é particular. Parágrafo único - Se o agente é funcionário público, e comete o crime prevalecendo-se do cargo, ou se a falsificação ou alteração é de assentamento de registro civil, aumenta-se a pena de sexta parte.

Ficha de Avaliação de Pacientes Internados – Tumores Sólidos do Adulto

- 1) Hospital Solicitante: _____
- 2) Nome _____ data de Nascimento: _____
- 3) Hipótese Diagnóstica: _____
- 4) Diagnóstico anatomopatológico (N) (S), descrever _____
- 5) Metástases: (N) (S) Localização: _____
- 6) Apresenta comorbidades: (N) (S) Quais: () DM () HAS () Asma () Doença renal crônica () Cardiopatia () Infecção em curso () demência () Outra _____
- 7) Motivo da internação atual

- PA _____ FC ____ FR ____ Tax ____ Saturação oximétrica ____ O2 suplementar (N) (S) tipo e L/min de O2 _____
- 8) Descrição do estado geral do paciente (marcar apenas uma opção – **Não levar em consideração o fato de o paciente estar restrito ao leito pelo fato de estar internado.** Portanto, caso o paciente não estivesse internado, como seriam suas atividades?):
() 0 - Assintomático. Atividade normal em casa e no trabalho
() 1 - Sintomas de doença, porém deambula e realiza suas atividades normalmente
() 2 - Fora do leito mais de 50% do tempo. Necessita de assistência ocasionalmente.
() 3 - No leito mais de 50% do tempo, carente de cuidados parciais da família ou equipe de enfermagem.
() 4 - Restrito ao leito 100% do tempo. Incapacidade total. Necessita de cuidados totais da família ou equipe de enfermagem.
- 9) Deficiência física prévia: (S) (N) Qual: _____
- 10) Possui dispositivos invasivos? () SNG/SNE () GGT () CVC () PAM () TOT () CVD
Outros: _____
- 11) Em uso de amins vasoativas: (N) (S), qual/dose _____
- 12) Em uso de opioides: (S) (N), qual/dose _____ Demais Medicções: _____
- 13) Responsável pelo preenchimento (data, carimbo, assinatura): _____