

NOME:		PRONTUÁRIO:	
DATA DE NASCIMENTO:	IDADE	SEXO	PESO
ENFERMARIA:	LEITO:	DATA DA ENTRADA:	PROCEDENCIA:
HISTÓRICO PROGRESSO DO PACIENTE			
INTERNAÇÃO ANTERIOR: SIM () NÃO ()		ALERGIA A MEDICAMENTOS:	FUMANTE:
FAZ USO FREQUENTE DE MEDICAMENTOS: QUAIS:		COMORBIDADES EXISTENTES:	
CONDIÇÃO CLÍNICA ATUAL:			
DIAGNÓSTICO ATUAL:			
CATETERES:		DATA DA INSERÇÃO:	
JELCO-ACESSO PERIFERCOMONOLUMEN () DUPLO LUMEN () TRIPLO LUMEN-CENTRAL ()			
SONDA VESICAL: () SIM () NÃO		DATA DA INSERÇÃO:	
ENTUBADO: () SIM () NÃO		DATA DA ENTUBAÇÃO:	
USO DE MEDICAMENTOS POR Sonda: () SIM () NÃO LISTAR:			
FARMACOTERAPIA			
TROMBOFILAXIA: () SIM () NÃO QUAL:			
PROFLAXIA DE ÚLCERA DE STRESS: () SIM () NÃO QUAL:			
CORTICÓIDES: () SIM () NÃO QUAL:			
ELETRÓLITOS: () SIM () NÃO QUAIS:			
DROGAS VASOATIVAS: () SIM () NÃO QUAIS:			
SEDAÇÃO: () SIM () NÃO QUAIS:			
USO DE EXPANSOR PLÁSMATICO: () SIM () NÃO QUAIS:			
IMUNOGLOBULINA: () SIM () NÃO			
ANTIMICROBIANOS EM USO ATUAL:			
INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS RELEVANTES: () SIM () NÃO GRAVES:			
CONTRA-INDICADAS:			
INCOMPATIBILIDADES EM Y:			
OBSERVAÇÕES:			
JOÃO PESSOA, _____, de _____, 20____		_____ Farmacêutico Responsável/CRF/PB Nº	