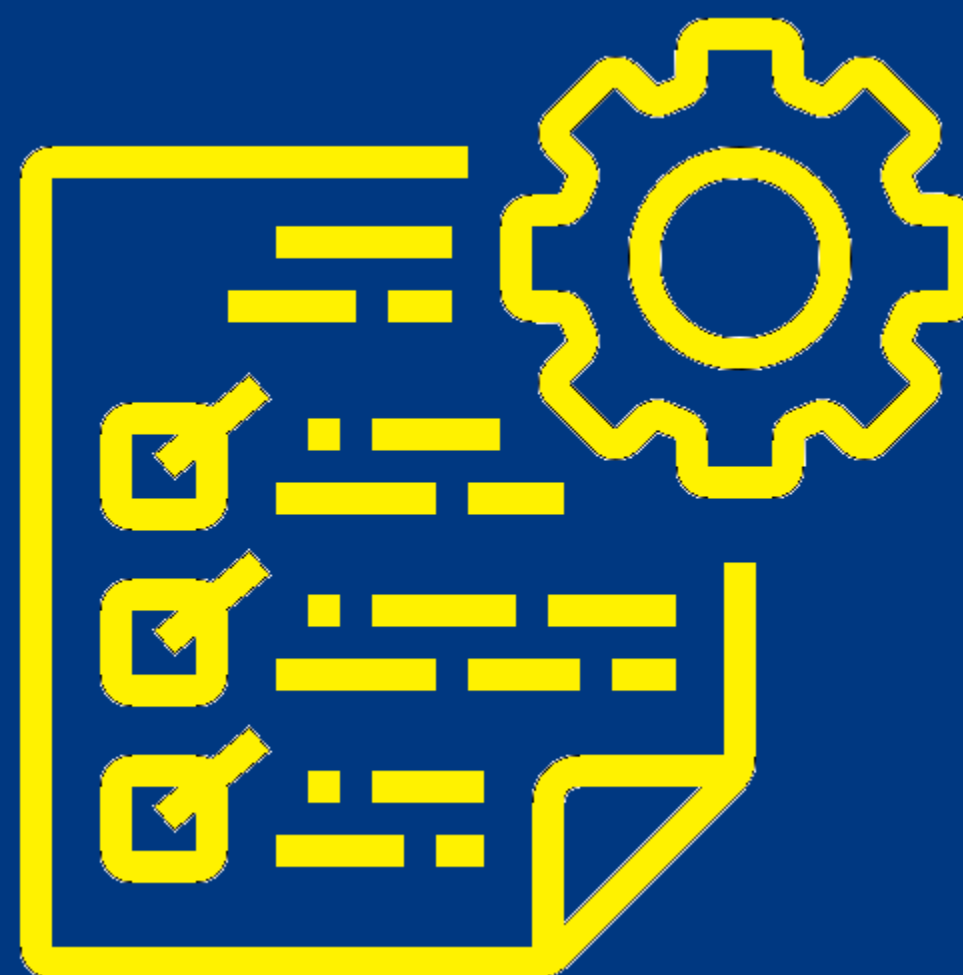




COMANDO DA AERONÁUTICA  
HOSPITAL DE FORÇA AÉREA DE SÃO PAULO

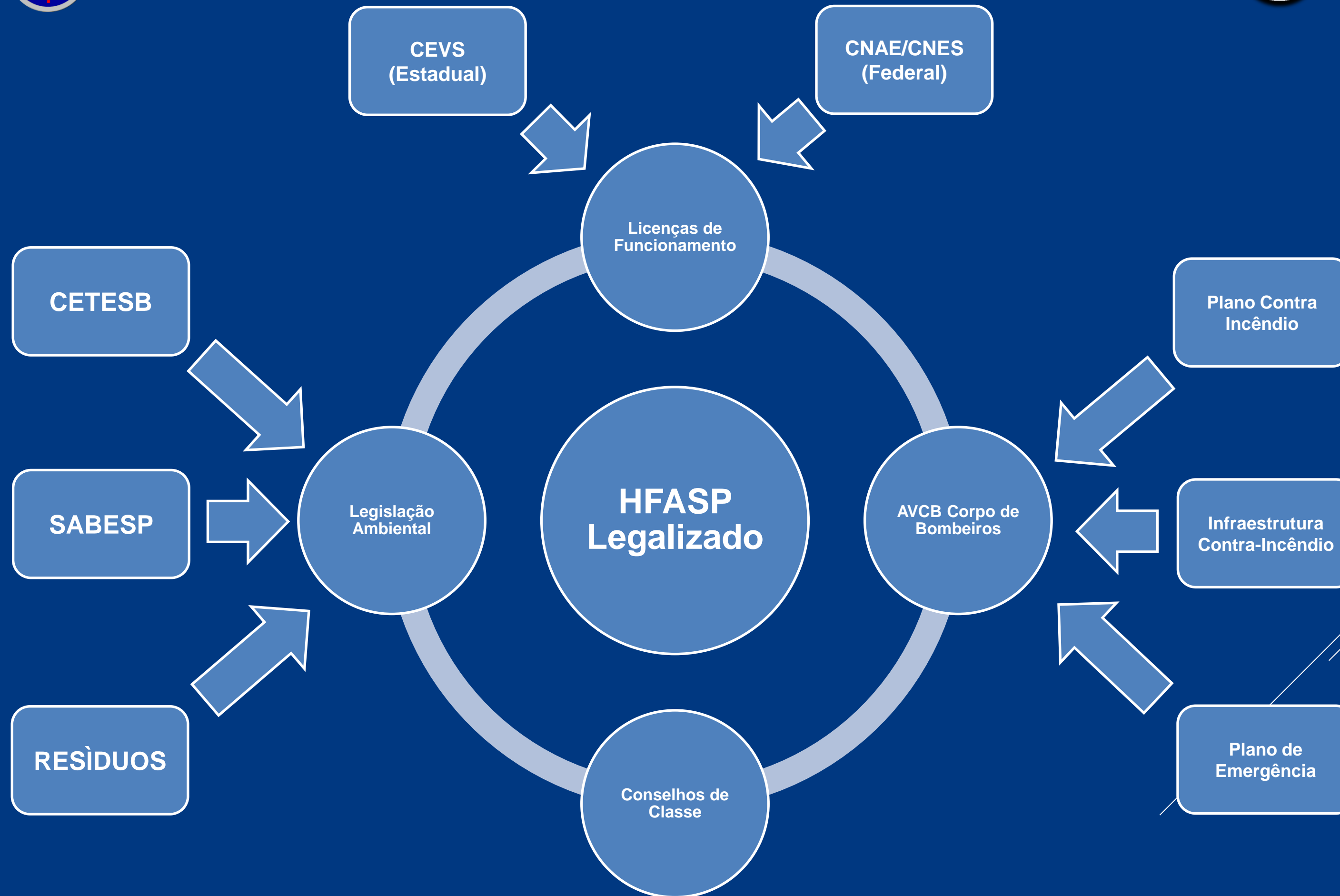


## GESTÃO DE DOCUMENTOS





# GESTÃO DE DOCUMENTOS





# GESTÃO DE DOCUMENTOS



MINISTÉRIO DA DEFESA  
COMANDO DA AERONÁUTICA  
HOSPITAL DE FORÇA AÉREA DE SÃO PAULO

HEASP	DATAS		DISTRIBUIÇÃO						
	ELABORAÇÃO	APROVAÇÃO							
PRT Nº XXX/SETOR/2022	XX/XX/2022		CITAR OS SETORES QUE DEVEM TER CIÊNCIA DO MESMO EXEMPLO: LAB, EMERG, UTI						
TITULO DO PROTOCOLO: <i>Exemplo "Protocolo de Sepsis"</i>									
ANEXO: X – EXEMPLO <i>Relação dos Indicadores acompanhados pela AQH do HFASP</i>									
<b>1. OBJETIVO</b> <b>2. SIGLAS E CONCEITOS</b> <b>3. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES</b> <b>4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO</b> <b>5. DESCRIÇÃO</b> <b>6. MONITORAMENTO</b> <b>7. INDICADORES</b> <b>8. DISPOSIÇÕES FINAIS</b> <b>8.1 PERÍODO DE VIGÊNCIA</b> O presente POP tem a validade de 2 anos após a sua aprovação, caso não haja nenhuma alteração no(s) procedimento(s) descrito(s). <b>8.2 HISTÓRICO DE REVISÕES</b>									
<table border="1"> <thead> <tr> <th>VERSÃO</th> <th>DATA</th> <th>DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>				VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO			
VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO							
<b>ELABORAÇÃO:</b> FULANO DE TAL Pessoa ou órgão responsável pela elaboração EXEMPLO: TEN FULANO CHEFE SEÇÃO BIOQUÍMICA Assinatura do responsável pela elaboração;	<b>REVISÃO</b> FULANO DE TAL Pessoa ou órgão responsável pela revisão do conteúdo; EXEMPLO: CAP FULANO CHEFE DO LAC Assinatura do revisor;	<b>APROVAÇÃO</b> FULANO DE TAL Pessoa ou órgão responsável pela aprovação; EXEMPLO: TEN CEL FULANO CHEFE DA SDFARM Assinatura do responsável pela aprovação;	<b>VALIDADE</b> Inserir a data contando o prazo de vigência definido, a partir da data de aprovação.						

PROTOSCOLOS

MINISTÉRIO DA DEFESA  
COMANDO DA AERONÁUTICA  
HOSPITAL DE FORÇA AÉREA DE SÃO PAULO

HEASP	DATAS		DISTRIBUIÇÃO						
	ELABORAÇÃO	APROVAÇÃO							
POP Nº XXX/SETOR/2021	XX/XX/2021		CITAR O SETOR QUE CRIOU O POP E OS SETORES QUE DEVEM TER CIÊNCIA DO MESMO EXEMPLO: LABORATÓRIO						
TITULO DO POP: <i>Exemplo "POP para a determinação de glicose no liquor"</i>									
ANEXO: X – EXEMPLO <i>Relação dos Indicadores acompanhados pela AQH do HFASP</i>									
<b>1. OBJETIVO</b> <i>Descrever o objetivo do POP</i> <b>2. DESCRIÇÃO DO (S) PROCEDIMENTOS (S)</b> 2.1 MATERIAL NECESSÁRIO 2.2 DESCRIÇÃO PASSO A PASSO DO PROCEDIMENTO 2.3 RESULTADOS ESPERADOS 2.4 AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADES 2.5 REFERÊNCIAS <i>Inserir a referencia digital, bibliográfica ou comentário que dá suporte ao procedimento descrito</i> <b>3. DISPOSIÇÕES FINAIS</b> <b>3.1 PERÍODO DE VIGÊNCIA</b> O presente POP tem a validade de 2 anos após a sua aprovação, caso não haja nenhuma alteração no(s) procedimento(s) descrito(s). <b>3.2 HISTÓRICO DE REVISÕES</b>									
<table border="1"> <thead> <tr> <th>VERSÃO</th> <th>DATA</th> <th>DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>				VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO			
VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO							
<b>ELABORAÇÃO:</b> FULANO DE TAL Pessoa ou órgão responsável pela elaboração do documento normativo EXEMPLO: TEN FULANO CHEFE SEÇÃO BIOQUÍMICA Assinatura do responsável pela elaboração;	<b>REVISÃO</b> FULANO DE TAL Pessoa ou órgão responsável pela revisão do conteúdo do documento nor-mativo; EXEMPLO: CAP FULANO CHEFE DO LAC Assinatura do revisor;	<b>APROVAÇÃO</b> FULANO DE TAL Pessoa ou órgão responsável pela aprovação do documento normativo; EXEMPLO: TEN CEL FULANO CHEFE DA SDFARM Assinatura do responsável pela aprovação;	<b>VALIDADE</b> Inserir a data contando o prazo de vigência definido, a partir da data de aprovação.						

POP

MINISTÉRIO DA DEFESA  
COMANDO DA AERONÁUTICA  
HOSPITAL DE FORÇA AÉREA DE SÃO PAULO

### HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

Nome: \_\_\_\_\_  
 Data de Nascimento: 00/01/1900 Idade: 0 Sexo: \_\_\_\_\_ Profissão: 0  
 Prontuário: 0 Baixa: 00/01/1900 Estado Civil: \_\_\_\_\_  
 SARAM: 0 Quarto: 0 Leito: \_\_\_\_\_ Unidade: 0  
 Posto/Grad: 0 OM: \_\_\_\_\_ Telefones: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_

### HISTÓRIA CLÍNICA

Procedência: \_\_\_\_\_  
 Diagnóstico Atual: \_\_\_\_\_  
 Queixa Principal: \_\_\_\_\_  
 Comorbidades:  Diabetes  HAS  Outros: \_\_\_\_\_  
 Hábitos:  Tabagismo  Etilismo  Uso de drogas Parou há quanto tempo: \_\_\_\_\_  
 Antecedentes Familiares:  Diabetes  Cardiopatas  Neoplasias qual: \_\_\_\_\_  
 Cirurgias/Internações Anteriores: \_\_\_\_\_  
 Próteses:  Dentária  Ocular  Auditiva  Motora  
 Alergias: \_\_\_\_\_  
 Medicções de Uso Contínuo: \_\_\_\_\_

### EXAME FÍSICO

Nível de consciência:  Acordado  Sonolento  Orientado  Confuso  Comatoso  
 Estado emocional:  Calmo  Ansioso  Agressivo  Triste  Agitado  
 Locomoção:  Deambulando  Acamado  Restrito ao Leito  
 Função motora:  Sem alteração  Com alteração:  
 Acuidade visual:  Preservada  Diminuída  Amaurose:  
 Fala/linguagem:  Sem alteração  Com alteração: qual: \_\_\_\_\_  
 Acuidade auditiva:  Preservada  Diminuída  
 Função respiratória:  Eupneica  Taquipneico  Dispneico  
 Ausculta pulmonar: \_\_\_\_\_  
 Respiração:  Ar Ambiente  Nebulização  Cateter O2 L/min  IOT  TQT  
 Ritmo cardíaco: \_\_\_\_\_ Marcapasso:  Sim  Não

FRENTE

FORMULÁRIOS