

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR



## RELATÓRIO DE ATIVIDADES (OUTUBRO/NOVEMBRO E DEZEMBRO – 2024)

### I – DADOS DA INSTITUIÇÃO

Interessado: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

CNES: 2798298

CNPJ: 59.981.712/0001-81

Convênio: 1539/2024 – Demanda: 069973

Valor Total: R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais)

Data da Assinatura: 19/09/2024

Vigência: 31/12/2025

Prorrogado para:

UGE Pagadora: 09.01.96

Fonte de Recursos: Fundo Estadual de Saúde

### II – OBJETO DO CONVÊNIO

OBJETO: CUSTEIO – Material de Consumo.

### III – METAS

#### a) Qualitativa

META PROPOSTA	DESCRIÇÃO	INDICADOR DE RESULTADO	FÓRMULA DE CÁLCULO DO INDICADOR	FONTES DO INDICADOR	RESULTADO ALCANÇADO	PERCENTUAL DE ALCANCE
<p><b>Ações para Alcance:</b> Avaliar diariamente 02 pacientes internados em unidade de internação Clínica e Cirúrgica que apresentam deficiência calórica e proteica para reposição.</p> <p><b>Situação atual:</b> Avaliação de 01 paciente por dia.</p> <p><b>Situação Pretendida:</b> Aumentar o número de avaliações nutricionais/doa realizadas em pacientes identificados com necessidade calórica e proteica, internados nas clínicas cirúrgicas e médicas passando de 01 para 02 avaliações.</p>	<p>Aumentar o número de avaliações nutricionais/doa realizadas em pacientes identificados com necessidade calórica e proteica, internados nas clínicas cirúrgicas e médicas passando de 01 para 02 avaliações.</p>	<p>Percentagem de pacientes avaliados mês</p>	<p>Número de avaliações realizadas em pacientes internados nas clínicas cirúrgicas e médica no período/Número de pacientes internados nas clínicas cirúrgicas e médicas no mesmo período x 100)</p>	<p>Ficha de avaliação nutricional e evolução, Sistema de Informação Hospitalar – Wareline e Datasus.</p>	<p>Realizado orientações por dia útil conforme relatório em anexo.</p>	<p>&gt; 100%</p>

Fonte: (Mencionar fonte dos dados apurados para mensurar alcance das metas, bem como anexar relatório se necessário)

b) **Quantitativas**

META PROPOSTA	DESCRIÇÃO	INDICADOR DE RESULTADO	FÓRMULA DE CÁLCULO DO INDICADOR	FONTE DO INDICADOR	RESULTADO ALCANÇADO	PERCENTUAL DE ALCANCE
<p><b>Ações para Alcance:</b> Diariamente conferir os relatórios de dietas prescritas a todos os pacientes internados na instituição – SUS.</p> <p><b>Situação atual:</b> São servidas diariamente 480 refeições aos pacientes internados SUS de acordo com as dietas prescritas pelo médico responsável pela internação do paciente.</p> <p><b>Situação Pretendida:</b> Manter o volume de refeições servidas aos pacientes internados.</p>	<p>Servir em média 480 refeições diárias entre almoço e jantar aos 180 pacientes SUS internados por dia (média)</p>	<p>Medir o número de refeições servidas diariamente aos pacientes SUS internados.</p>	<p>Número de refeições servidas/número de pacientes internados no mesmo período</p>	<p>Relatório Nutricionista, Sistema de Informação Hospitalar – Wareline e Datasus.</p>	<p>Segue em anexo relatório das refeições servidas, muito superior a meta programada.</p>	<p>&gt; 100%</p>

Fonte: (Mencionar fonte dos dados apurados para mensurar alcance das metas, bem como anexar relatório se necessário)

**IV – COMENTÁRIO SOBRE A EXECUÇÃO DO CONVÊNIO** (Houve contratemplos? Transcorreu conforme plano de aplicação inicial?)

*O convênio transcorreu dentro do planejado.*

**V – CONCLUSÃO** (Houve alcance das metas? E concluiu-se o objetivo do convênio?)

*As metas foram alcançadas, bem como o objetivo do convênio.*

**LOCAL e DATA:** São José do Rio Preto, 04 de Fevereiro de 2025.

JOSE NADIM  
CURY:00254594816

Assinado de forma digital por JOSE NADIM CURY:00254594816  
Dados: 2025.05.16 12:16:05 -03'00'

**Dr. José Nadim Cury**  
Provedor

VALDIR ROBERTO  
FURLAN:0051868  
6876

Assinado de forma digital por VALDIR ROBERTO FURLAN:00518686876  
Dados: 2025.05.16 13:54:08 -03'00'

**Valdir Roberto Furlan**  
Administrador

**Convênio 1539/2024/S.E.S.**  
**UGE. 09.01.96**



## Ficha de Avaliação e Evolução em Terapia Nutricional

Nome:	SANTA CASA RIO PRETO LEONILDE ANTONIA HORTENSE PERES	SEXO: <b>Quarto - Leito:</b> 610 - A
Data d	Mãe: CANDIDA WALDOMIRA PENITENTE Nome Social: 4403006	
Médico:	MéDester ZEITUNI Nasc: 22/03/1936 Id: 88	
Data d	Conv. SIH - SUS INTERNACAO Dt. At.: 28/09/24 Hora: 17:34 Pront. 11197 INTERNACAO	Convênio: <b>SUS</b>
Hipótese Diagnóstico/Antecedentes: <b>Infeção AIG / HASI / Diabetes / Demência</b>		

Avaliação Nutricional	Data: <b>01/10/24</b>	
Condição Física	<input type="checkbox"/> Deambula	<input checked="" type="checkbox"/> Acamado(a)
Dieta Via Oral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Dieta: _____
Complemento Nutricional Oral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Complemento: _____
Dieta Enteral	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Dieta: <b>Amesulim Enteral</b> Volume: <b>200ml 6x/dia</b>
Complemento Nutricional Enteral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Complemento: _____
Alergia ou intolerância alimentar	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Qual: _____
Alteração Apetite	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Disfagia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Vômitos	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Evacuação	<input type="checkbox"/> Diarreia <input checked="" type="checkbox"/> Obstipação	
Lado Medido	<input checked="" type="checkbox"/> Direito <input type="checkbox"/> Esquerdo	
Altura do joelho (AJ)		
Circunferência da Panturrilha (CP)		
Circunferência do Braço (CB)		
Dobra Cutânea Tricipital (PCT)		
Peso Habitual		
Estatura	<input type="checkbox"/> Estimada <b>60kg</b>	<input type="checkbox"/> Mensurada
Peso Atual	<input type="checkbox"/> Estimada <b>1,50m</b>	<input type="checkbox"/> Mensurada
IMC	<b>50kg</b>	
Peso Ideal	<b>22kg/m²</b>	
% de Perda de Peso		
Diagnóstico Nutricional	<b>Risco Nutricional</b>	
Necessidade Energética Total	<b>1.500 Kcal</b>	
Necessidade Proteica Total	<b>75g</b>	



## Ficha de Avaliação e Evolução em Terapia Nutricional

Nome:	SANTA CASA RIO PRETO ANA MARQUES SANTIAGO RIBEIRO	SEXO:	Quarto - Leito: 810 - A
Data de	Mãe: BENICIA ROSA SANTIAGO		
Médico	Nome Social: 4381352 MédSERGIO PAPARELI JUNI Nasc10/02/1940 Id: 84		
Data de	Conv.SIH - SUS INTERNACAO Sexo: F Leito810-A Dt.At.: 04/09/24 Hora08:51 Pront.90224 INTERNACAO		Convênio: SUS
Hipótese Diagnóstico/Antecedentes:	AVCi condubemolítica / HAS / DM / Paroquista		

Avaliação Nutricional		Data:	01/10/24
Condição Física		( ) Deambula	(x) Acamado(a)
Dieta Via Oral	( ) Sim (x) Não	Dieta:	
Complemento Nutricional Oral	( ) Sim (x) Não	Complemento:	
Dieta Enteral	(x) Sim ( ) Não	Dieta:	Enusulin Energy Volume: 200ml/6x/dia
Complemento Nutricional Enteral	( ) Sim (x) Não	Complemento:	
Alergia ou intolerância alimentar	Qual: _____	( ) Sim	(x) Não
Alteração Appetite		( ) Sim	(x) Não
Disfagia		(x) Sim	( ) Não
Vômitos		( ) Sim	(x) Não
Evacuação		( ) Diarreia	( ) Obstipação
Lado Medido		( ) Direito	( ) Esquerdo
Altura do joelho (AJ)			
Circunferência da Panturrilha (CP)			
Circunferência do Braço (CB)			
Dobra Cutânea Tricipital (PCT)			
Peso Habitual			
Estatura		( ) Estimada	(x) Mensurada
Peso Atual		( ) Estimada	(x) Mensurada
IMC			
Peso Ideal			
% de Perda de Peso			
Diagnóstico Nutricional			
Necessidade Energética Total			2.550 Kcal
Necessidade Proteica Total			80g



## Ficha de Avaliação e Evolução em Terapia Nutricional

Nome:	SANTA CASA RIO PRETO JOAO BONGEOVANI	SENHA
Data de	Mãe: DIOMIRA OLIVA	Idad:
Médico:	Nome Social: 4402831 MÉDSTER ZEITUNI	Nasc: 28/04/1940 Id: 84
Data de	Conv. SIH - SUS INTERNACAO	Sexo: M Leito: 901-A
Dt. At.: 27/09/24 Hora: 22:33 Pront. 1117243 INTERNACAO		Convênio: SUS
Hipótese Diagnóstico/Antecedentes: <i>RNC / Broncoespandido / Mieloma múltiplo</i>		

Avaliação Nutricional		Data: <i>08/10/24</i>
Condição Física		( ) Deambula (x) Acamado(a)
Dieta Via Oral	( ) Sim (x) Não	Dieta: _____
Complemento Nutricional Oral	( ) Sim (x) Não	Complemento: _____
Dieta Enteral	(x) Sim ( ) Não	Dieta: <i>Accusulin Energy</i> Volume: <i>220 ml 16x/dia</i>
Complemento Nutricional Enteral	( ) Sim ( ) Não	Complemento: _____
Alergia ou intolerância alimentar	Qual: _____	( ) Sim (x) Não
Alteração Apetite		( ) Sim (x) Não
Disfagia		(x) Sim ( ) Não
Vômitos		( ) Sim (x) Não
Evacuação		( ) Diarreia (x) Obstipação
Lado Medido		( ) Direito ( ) Esquerdo
Altura do joelho (AJ)		
Circunferência da Panturrilha (CP)		
Circunferência do Braço (CB)		
Dobra Cutânea Tricipital (PCT)		
Peso Habitual		
Estatura	( ) Estimada (x) Mensurada	<i>1.75 m</i>
Peso Atual	( ) Estimada (x) Mensurada	<i>50 kg</i>
IMC		<i>16 Kg/m<sup>2</sup></i>
Peso Ideal		
% de Perda de Peso		
Diagnóstico Nutricional		<i>Desnutrição</i>
Necessidade Energética Total		<i>2.000 Kcal</i>
Necessidade Proteica Total		<i>75g</i>



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



00907 - CENSO DIETAS  
DATA: 01/10/2024 ate 01/10/2024 - PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N. CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO)-50001059,50000822,5000111[...]  
CODIGO DO SETOR (CENTRO DE CUSTO) PREDOMINANTE-000198,000004,000188,0001[...]

NOME: ANA MARQUES SANTIAGO RIBEIRO

ATENDIMENT: 4381352 NOME: ANA MARQUES SANTIAGO RIBEIRO

PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRICÃO OBSERVAÇÕES CONV: SIH DATA NASC: 10/02/1940 LETITO: 818-A SETOR: UNI

336175 SERGIO PAPARELLI JUNIOR DIETA ENTERAL N PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT

NOME: ANA ROSA LUCIANO DE MELO

ATENDIMENT: 4384619 NOME: ANA ROSA LUCIANO DE MELO

PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRICÃO OBSERVAÇÕES CONV: SIH DATA NASC: 22/12/1946 LETITO: 614-A SETOR: UNI

336543 EMANUEL PEDRO DE CARVALHO TAYR DIETA ENTERAL PADRONIZADA 150ML N PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT

NOME: APARECIDO DONIZETE DE SOUZA

ATENDIMENT: 4405529 NOME: APARECIDO DONIZETE DE SOUZA

PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRICÃO OBSERVAÇÕES CONV: SIH DATA NASC: 03/12/1965 LETITO: 905-A SETOR: UNI

336744 DIETA ENTERAL PADRONIZADA N PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT

NOME: CARMEN PIRES PIMENTA

ATENDIMENT: 4398436 NOME: CARMEN PIRES PIMENTA

PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRICÃO OBSERVAÇÕES CONV: SIH DATA NASC: 25/02/1934 LETITO: 601-A SETOR: UNI

336172 ESTER CRISTINA DE ALMEIDA ZEITUNI DIETA ENTERAL PADRONIZADA N PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT

NOME: ELIANA APARECIDA MARQUES DOS SANTOS

ATENDIMENT: 4387419 NOME: ELIANA APARECIDA MARQUES DOS SANTOS

PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRICÃO OBSERVAÇÕES CONV: SIH DATA NASC: 25/03/1957 LETITO: 909-A SETOR: UNI

336253 APARECIDO PEREIRA NETO NOVASOURCE GC 1.5 40 ML/H SHE N PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT

NOME: FLAVIO ANDRE BRAZOLIN

Impresso por MAISA



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



00907 - CENSO DIETAS  
 DATA: 01/10/2024 ate 01/10/2024 , PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N , CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO)-50001059,50000822,50001111... ]  
 CODIGO DO SETOR (CENTRO DE CUSTO) PREDOMINANTE-000198,000004,000188,00011... ]

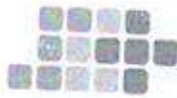
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRICÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
336565	RENATO ARANTES LIMA SIMOES	DIETA ENTERAL		N	
NOME: ODAIR PRATES TEIXEIRA					

ATENDIMENT:	4398548	NOME:	ODAIR PRATES TEIXEIRA
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRICÃO	OBSERVAÇÕES
336255	MARIA ADRIANA ALMEIDA DA COSTA LIMA	FRESUBIN ENERGY	
NOME: SEBASTIANA NOGUEIRA DE OLIVEIRA			

ATENDIMENT:	4404435	NOME:	SEBASTIANA NOGUEIRA DE OLIVEIRA
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRICÃO	OBSERVAÇÕES
336226	APARECIDO PEREIRA NETO	NOVASOURCE GC 1.5	
NOME: SEBASTIAO CLEMENTE FERNANDES			

ATENDIMENT:	4396192	NOME:	SEBASTIAO CLEMENTE FERNANDES
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRICÃO	OBSERVAÇÕES
336382	ANA RACHEL DE OLIVEIRA VERMECO	FRESUBIN ENERGY	
NOME: SEBASTIAO CLEMENTE FERNANDES			

Impresso por: MARIJA



## Ficha de Avaliação e Evolução em Terapia Nutricional

Nome: SANTA CASA RIO PRETO  
ANA ROSA LUCIANO DE MELO  
Data de Mãe: ASSUNTA JAQUETO  
Médico: Nome Social: 4384619  
Méd. EMANUEL PEDRO DE CAR Nasc: 22/12/1946 Id: 77  
Data de Conv. SIH - SUS INTERNACAO Sexo: F Leito: 614-A  
Dt. At.: 08/09/24 Hora: 08:42 Pront. 55780 INTERNACAO

Sexo: Quarto - Leito: 614-A  
Convênio: SUS  
Hipótese Diagnóstico/Antecedentes: *Insuficiência renal / descompensação / Dislipidemia / Insuf. Renal*

Avaliação Nutricional	Data: 02/10/24	
Condição Física		
Dieta Via Oral	<input type="checkbox"/> Deambula	<input checked="" type="checkbox"/> Acamado(a)
Complemento Nutricional Oral	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Dieta: <i>Genal</i>
Dieta Enteral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Complemento: _____
Complemento Nutricional Enteral	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Dieta: <i>Amulim Energy</i> Volume: <i>150ml 1x/dia</i>
Alergia ou intolerância alimentar	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Complemento: _____
Alteração Apetite	Qual: _____	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
Disfagia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
Vômitos	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
Evacuação	<input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Obstipação	<input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Obstipação
Lado Medido	<input type="checkbox"/> Direito <input checked="" type="checkbox"/> Esquerdo	<i>Normal</i>
Altura do joelho (AJ)		
Circunferência da Panturrilha (CP)		
Circunferência do Braço (CB)		
Dobra Cutânea Tricipital (PCT)		
Peso Habitual		
Estatura	<input type="checkbox"/> Estimada <input checked="" type="checkbox"/> Mensurada	
Peso Atual	<input type="checkbox"/> Estimada <input checked="" type="checkbox"/> Mensurada	<i>1,47 m</i>
IMC	<i>42 Kg</i>	
Peso Ideal	<i>59 Kg / m<sup>2</sup></i>	
% de Perda de Peso		
Diagnóstico Nutricional	<i>Desnutrição</i>	
Necessidade Energética Total	<i>1.680 Kcal</i>	
Necessidade Proteica Total	<i>63g</i>	



## Ficha de Avaliação e Evolução em Terapia Nutricional

**Nome:** SANTA CASA RIO PRETO  
**Nome Social:** CARMEN PIRES PIMENTA  
**Data de Nascimento:** Mãe: MARIA DE JESUS  
**Médico:** MEdESTER ZEITUNI  
**Data de Admissão:** Conv.SIH - SUS INTERNACAO Dt.At.: 24/09/24 Hora:09:07 Pront.299350 INTERNACAO  
**Sexo:** Quarto - Leito: 601 - A  
**Convênio:** SUS  
**Hipótese Diagnóstico/Antecedentes:** Pneumonia

<b>Avaliação Nutricional</b>		<b>Data:</b> 02/10/24
<b>Condição Física</b>		
<b>Dieta Via Oral</b>	( ) Sim (x) Não	( ) Deambula (x) Acamado(a) Dieta: _____
<b>Complemento Nutricional Oral</b>	( ) Sim (x) Não	Complemento: _____
<b>Dieta Enteral</b>	(x) Sim ( ) Não	Dieta: <u>Acervulin Energy</u> Volume: <u>200ml 16x/dia</u>
<b>Complemento Nutricional Enteral</b>	( ) Sim (x) Não	Complemento: _____
<b>Alergia ou intolerância alimentar</b>	Qual: _____	( ) Sim (x) Não
<b>Alteração Apetite</b>		(x) Sim ( ) Não
<b>Disfagia</b>		( ) Sim (x) Não
<b>Vômitos</b>		( ) Sim (x) Não
<b>Evacuação</b>		( ) Diarreia (x) Obstipação
<b>Lado Medido</b>		( ) Direito ( ) Esquerdo
<b>Altura do Joelho (AJ)</b>		
<b>Circunferência da Panturrilha (CP)</b>		
<b>Circunferência do Braço (CB)</b>		
<b>Dobra Cutânea Tricipital (PCT)</b>		
<b>Peso Habitual</b>		
<b>Estatura</b>	( ) Estimada (x) Mensurada	1,52 m
<b>Peso Atual</b>	( ) Estimada (x) Mensurada	61 Kg
<b>IMC</b>		26 Kg/m <sup>2</sup>
<b>Peso Ideal</b>		
<b>% de Perda de Peso</b>		
<b>Diagnóstico Nutricional</b>		<u>Autônoma</u>
<b>Necessidade Energética Total</b>		<u>1.830 Kcal</u>
<b>Necessidade Proteica Total</b>		<u>73g</u>



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



00907 - CENSO DIETAS  
DATA - 02/10/2024 ate 02/10/2024 , PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N. CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO)-50001059.50000822.5000111[...]  
CODIGO DO SETOR (CENTRO DE CUSTO) PREDOMINANTE-000198.000004.000188.0001[...]

NOME : ANA MARQUES SANTIAGO RIBEIRO

ATENDIMENT : 4381352

NOME : ANA MARQUES SANTIAGO RIBEIRO

PRESCRIÇÃO MÉDICO

337013 SERGIO PAPARELLI JUNIOR

DESCRIÇÃO  
DIETA ENTERAL

OBSERVAÇÕES

CONV: SIH DATA NASC: 10/02/1940

LEITO: 810-A

SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

NOME : ANA ROSA LUCIANO DE MELO

ATENDIMENT : 4384619

NOME : ANA ROSA LUCIANO DE MELO

PRESCRIÇÃO MÉDICO

337371 EMANUEL PEDRO DE CARVALHO TAUIR

DESCRIÇÃO  
DIETA ENTERAL PADRONIZADA

OBSERVAÇÕES

CONV: SIH DATA NASC: 22/12/1946

LEITO: 614-A

SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

NOME : ANTONIO DONIZETTI PEREIRA

ATENDIMENT : 4405127

NOME : ANTONIO DONIZETTI PEREIRA

PRESCRIÇÃO MÉDICO

337190 MIGUEL AUGUSTO RODRIGUES DEL PINO

DESCRIÇÃO  
NOVASOURCE GC 1.5

OBSERVAÇÕES

CONV: SIH DATA NASC: 15/05/1961

LEITO: 604-A

SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

NOME : CARMEN PIRES PIMENTA

ATENDIMENT : 4398436

NOME : CARMEN PIRES PIMENTA

PRESCRIÇÃO MÉDICO

336976 ESTER CRISTINA DE ALMEIDA ZEITUNI

DESCRIÇÃO  
DIETA ENTERAL PADRONIZADA

OBSERVAÇÕES

CONV: SIH DATA NASC: 25/02/1934

LEITO: 601-A

SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

NOME : EDSON DO AMARAL BARRETO

ATENDIMENT : 4405750

NOME : EDSON DO AMARAL BARRETO

PRESCRIÇÃO MÉDICO

337337 ANA BEATRIZ THOME DORIA

DESCRIÇÃO  
NOVASOURCE GC 1.5

OBSERVAÇÕES

CONV: SIH DATA NASC: 30/11/1969

LEITO: 609-A

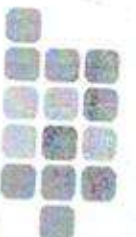
SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

NOME : ELIANA APARECIDA MARQUES DOS SANTOS

Impressão por: MAÍSA



**SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO**  
COMPROSSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



00907 - CENSO DIETAS  
 DATA - 02/10/2024 ate 02/10/2024 , PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N , CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO-50001059,50000822,50001111...) ]  
 CODIGO DO SETOR (CENTRO DE CUSTO) PREDOMINANTE:000198,000004,000188,00011...]

PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
337049	CARLOS EDUARDO GRASSI MAZZETTO	FRESUBIN ENERGY	30 ML/H POR SNE-SUSPENSA ATE SEGUN N	N	

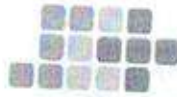
ATENDIMENT: 4404435 NOME: SEBASTIANA NOGUEIRA DE OLIVEIRA

PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
337202	APARECIDO PEREIRA NETO	NOVASOURCE GC 1.5	30 ML/H SNE	N	

ATENDIMENT: 4396192 NOME: SEBASTIAO CLEMENTE FERNANDES


PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
337265	ANA BEATRIZ THOME DORIA	FRESUBIN ENERGY	30 ML/H SNE	N	

Impressão por MAILSA



## Ficha de Avaliação e Evolução em Terapia Nutricional

**Nome:** SANTA CASA RIO PRETO  
**EDSON DO AMARAL BARRETO**

**Data de:** Mãe: BENTA ALVES BARRETO DO AMARAL  
 Nome Social: 

**Médico:** MéDEMANUEL PEDRO DE CAR Nasc 30/11/1969 Id: 54  
 Conv. SIH - SUS INTERNACAO Sexo: M Leito 609-A

**Data de:** Dt. At.: 02/10/24 Hora 07:41 Pront. 938453 INTERNACAO

**Hipótese Diagnóstico/Antecedentes:** *Pneumonia | Relaxeamento do nível de consciência*

**Sexo:** **Quarto - Leito:** *609-A*

**Convênio:** *SUS*

<b>Avaliação Nutricional</b>		<b>Data:</b> <i>03/10/24</i>
<b>Condição Física</b>		
<b>Dieta Via Oral</b>	( ) Sim (x) Não	( ) Deambula (x) Acamado(a) Dieta: _____
<b>Complemento Nutricional Oral</b>	( ) Sim (x) Não	Complemento: _____
<b>Dieta Enteral</b>	(x) Sim ( ) Não	Dieta: <i>nutrição GGH 9</i> Volume: <i>20ml/h</i>
<b>Complemento Nutricional Enteral</b>	(x) Sim ( ) Não	Complemento: <i>Insulina 15g/1x1 dia</i>
<b>Alergia ou intolerância alimentar</b>	Qual: _____	( ) Sim (x) Não
<b>Alteração Apetite</b>		( ) Sim (x) Não
<b>Disfagia</b>		( ) Sim (x) Não
<b>Vômitos</b>		( ) Sim (x) Não
<b>Evacuação</b>		( ) Diarreia (x) Obstipação
<b>Lado Medido</b>		( ) Direito ( ) Esquerdo
<b>Altura do joelho (AJ)</b>		
<b>Circunferência da Panturrilha (CP)</b>		
<b>Circunferência do Braço (CB)</b>		
<b>Dobra Cutânea Tricipital (PCT)</b>		
<b>Peso Habitual</b>		
<b>Estatura</b>	( ) Estimada (x) Mensurada	<i>1,80m</i>
<b>Peso Atual</b>	( ) Estimada (x) Mensurada	<i>58Kg</i>
<b>IMC</b>		<i>18 Kg/m<sup>2</sup></i>
<b>Peso Ideal</b>		
<b>% de Perda de Peso</b>		
<b>Diagnóstico Nutricional</b>		<i>Desnutrição</i>
<b>Necessidade Energética Total</b>		<i>1.960Kcal</i>
<b>Necessidade Proteica Total</b>		<i>84g</i>



## Formulário de Avaliação e Evolução em Terapia Nutricional

**Nome:** SANTA CASA RIO PRETO  
**OLAVIO FARIAS NUNES**

**Data d** Mãe: BELATRIZ FARIAS NUNES

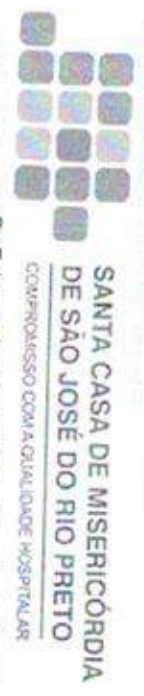
**Médic:** Nome Social: **MÉD. ESTER ZEITUNI**

**Data d** Conv. SIH - SUS INTERNACAO **Sexo: M Leito: 805-B**

**Hipótese Diagnóstico/Antecedentes:** *C.A. primária metastática / AEG*

**Convênio:** *SUS*

<b>Avaliação Nutricional</b>		<b>Data:</b> <i>03/10/24</i>
<b>Condição Física</b>		<input type="checkbox"/> Deambula <input checked="" type="checkbox"/> Acamado(a)
<b>Dieta Via Oral</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<b>Dieta:</b> <i>líquida</i>
<b>Complemento Nutricional Oral</b>	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	<b>Complemento:</b> _____
<b>Dieta Enteral</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<b>Dieta:</b> <i>Amesulín Energy</i> <b>Volume:</b> <i>220ml 1x/dia</i>
<b>Complemento Nutricional Enteral</b>	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	<b>Complemento:</b> _____
<b>Alergia ou intolerância alimentar</b>	<b>Qual:</b> _____	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
<b>Alteração Apetite</b>		<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<b>Disfagia</b>		<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
<b>Vômitos</b>		<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
<b>Evacuação</b>		<input checked="" type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Obstipação
<b>Lado Medido</b>		<input type="checkbox"/> Direito <input type="checkbox"/> Esquerdo
<b>Altura do joelho (AJ)</b>		
<b>Circunferência da Panturrilha (CP)</b>		
<b>Circunferência do Braço (CB)</b>		
<b>Dobra Cutânea Tricipital (PCT)</b>		
<b>Peso Habitual</b>		
<b>Estatura</b>	<input type="checkbox"/> Estimada <input checked="" type="checkbox"/> Mensurada	<i>1.67m</i>
<b>Peso Atual</b>	<input type="checkbox"/> Estimada <input checked="" type="checkbox"/> Mensurada	<i>52Kg</i>
<b>IMC</b>		<i>19 Kg/m<sup>2</sup></i>
<b>Peso Ideal</b>		
<b>% de Perda de Peso</b>		
<b>Diagnóstico Nutricional</b>		<i>Desnutrido</i>
<b>Necessidade Energética Total</b>		<i>1.820 Kcal</i>
<b>Necessidade Proteica Total</b>		<i>78g</i>



R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



00907 - CENSO DIETAS  
 DATA - 03/10/2024 ate 03/10/2024 - PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N, CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO)-50001059,50000822,50001111.]  
 CODIGO DO SETOR (CENTRO DE CUSTO) PREDOMINANTE-000198,000004,000188,00011.]

NOME: ANA MARQUES SANTIAGO RIBEIRO

ATENDIMENT: 4381352	NOME: ANA MARQUES SANTIAGO RIBEIRO	CONV: SIH	DATA NASC: 10/02/1940	LEITO: 810-A	SETOR: UNI
PRESCRIÇÃO MÉDICO	DESCRICO	OBSERVAÇÕES		PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
337850	SERGIO PAPARELI JUNIOR	DIETA ENTERAL		N	

NOME: ANA ROSA LUCIANO DE MELO

ATENDIMENT: 4384619	NOME: ANA ROSA LUCIANO DE MELO	CONV: SIH	DATA NASC: 22/12/1946	LEITO: 614-A	SETOR: UNI
PRESCRIÇÃO MÉDICO	DESCRICO	OBSERVAÇÕES		PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
338066	EMANUEL PEDRO DE CARVALHO TAUVR	DIETA ENTERAL PADRONIZADA	150ML	N	

NOME: ANTONIO DONIZETTI PEREIRA

ATENDIMENT: 4405127	NOME: ANTONIO DONIZETTI PEREIRA	CONV: SIH	DATA NASC: 15/05/1961	LEITO: 604-A	SETOR: UNI
PRESCRIÇÃO MÉDICO	DESCRICO	OBSERVAÇÕES		PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
338101	MIGUEL AUGUSTO RODRIGUES DEL PINO	NOVASOURCE GC 1.5	POR SNE 30 ML/H EM BI	N	

NOME: APARECIDO DOMIZETE DE SOUZA

ATENDIMENT: 4405529	NOME: APARECIDO DOMIZETE DE SOUZA	CONV: SIH	DATA NASC: 03/12/1965	LEITO: 905-A	SETOR: UNI
PRESCRIÇÃO MÉDICO	DESCRICO	OBSERVAÇÕES		PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
337903		DIETA ENTERAL PADRONIZADA		N	

NOME: EDSON DO AMARAL BARRETO

ATENDIMENT: 4405750	NOME: EDSON DO AMARAL BARRETO	CONV: SIH	DATA NASC: 30/11/1969	LEITO: 609-A	SETOR: UNI
PRESCRIÇÃO MÉDICO	DESCRICO	OBSERVAÇÕES		PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
338232	ANA RACHEL DE OLIVEIRA VERMEJO	NOVASOURCE GC 1.5	20 ML/H SNE ( ZERO ATE SEGUNDA ORD N	N	

Impressão por MATISA



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
CONPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



00907 - CENSO DIETAS  
DATA - 03/10/2024 ate 03/10/2024 . PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N. CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO)-50001059,50000822,50001111...]  
CODIGO DO SETOR (CENTRO DE CUSTO) PREDOMINANTE-000198,000004,000188,00011...]

PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
338124	LUCIANA MANSUR PINTO BORGES	NOVASOURCE GC 1.5	30 ML/H SNE	N	
NOME : SEBASTIAO CLEMENTE FERNANDES					
ATENDIMENT : 4396192					
NOME : SEBASTIAO CLEMENTE FERNANDES					
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
338243	ANA RACHEL DE OLIVEIRA VERMEJO	FRESUBIN ENERGY	30 ML/H SNE - SUSPENSO ATE 2A ORDE N		
NOME : SEBASTIAO CLEMENTE FERNANDES					
CONV : SIH DATA NASC : 19/01/1942					
LEITO : 605-A					
SETOR : UNI					

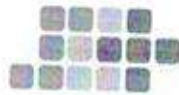
Impresso por MAISA



### Ficha de Avaliação e Evolução em Terapia Nutricional

Nome:	SANTA CASA RIO PRETO APARECIDO DONIZETE DE SOUZA	SENHA
Data c	Mãe: LAUDELINA MARIA DE JESUS Nome Social: 4405529	Sexo: Quarto - Leito: 905-A
Médic	Méd WESLEY MARTINS QUES Conv. SIH - SUS INTERNACAO	Nasc 03/12/1965 Id: 58 Sexo: M Leito 905-A
Data c	Dt. At.: 01/10/24 Hora: 17:37 Pront. 1135249 INTERNACAO	Convênio: 515
Hipótese Diagnóstico/Antecedentes:	Lesão invasiva da laringe? / Subcúlcose laringea?	

Avaliação Nutricional	Data: 01/10/24	
Condição Física	<input type="checkbox"/> Deambula <input checked="" type="checkbox"/> Acamado(a)	
Dieta Via Oral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Dieta: _____	
Complemento Nutricional Oral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Complemento: _____	
Dieta Enteral	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Dieta: <u>Amulim Energy</u> Volume: <u>220 ml 1x1 dia</u>	
Complemento Nutricional Enteral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Complemento: _____	
Alergia ou intolerância alimentar	Qual: _____ <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Alteração Apetite	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Disfagia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Vômitos	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Evacuação	<input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Obstipação	
Lado Medido	<input type="checkbox"/> Direito <u>Normal</u> <input checked="" type="checkbox"/> Esquerdo	
Altura do joelho (AJ)	48 cm	
Circunferência da Panturrilha (CP)	24 cm	
Circunferência do Braço (CB)	19 cm	
Dobra Cutânea Tricipital (PCT)		
Peso Habitual		
Estatura	<input checked="" type="checkbox"/> Estimada <input type="checkbox"/> Mensurada	
Peso Atual	1.59 m <input checked="" type="checkbox"/> Estimada <input checked="" type="checkbox"/> Mensurada	
IMC	30 Kg <input checked="" type="checkbox"/> 37 Kg	
Peso Ideal	15 Kg / m <sup>2</sup>	
% de Perda de Peso		
Diagnóstico Nutricional	Desnutrição	
Necessidade Energética Total	1.480 Kcal	
Necessidade Proteica Total	56g	



## Ficha de Avaliação e Evolução em Terapia Nutricional

**Nome:** SANTA CASA RIO PRETO  
**CLEBER LUIS MODA**  
**Data de Nascimento:** Mãe: BRASILINA DA ILVA MODA  
**Médico:** Nome Social: 4403695  
 Méd: GUILHERME DE OLIVEIRA Nasc: 26/07/1973 Id: 51  
 Conv. SIH - SUS INTERNACAO Sexo: M Leito: 909-B  
**Data de Admissão:** Dt. At.: 30/09/24 Hora: 09:53 Pront. 946657 INTERNACAO  
**Hipótese Diagnóstico/Antecedentes:** CA esofágica média 13:00 de jejumantonia  
**Convênio:** 505  
**Sexo:** Quarto - Leito: 909-B  
**Data:** 04/10/24

<b>Avaliação Nutricional</b>		
<b>Condição Física</b>		
<b>Dieta Via Oral</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input checked="" type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Acamado(a) Dieta: Líquida
<b>Complemento Nutricional Oral</b>	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Complemento: _____
<b>Dieta Enteral</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Dieta: <u>Amulbin Energy</u> Volume: <u>20ml/h</u>
<b>Complemento Nutricional Enteral</b>	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Complemento: _____
<b>Alergia ou intolerância alimentar</b>	Qual: _____	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
<b>Alteração Apetite</b>		<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
<b>Disfagia</b>		<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
<b>Vômitos</b>		<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
<b>Evacuação</b>		<input type="checkbox"/> Diarreia <input checked="" type="checkbox"/> Obstipação
<b>Lado Medido</b>		<input type="checkbox"/> Direito <input type="checkbox"/> Esquerdo
<b>Altura do joelho (AJ)</b>		
<b>Circunferência da Panturrilha (CP)</b>		
<b>Circunferência do Braço (CB)</b>		
<b>Dobra Cutânea Tricipital (PCT)</b>		
<b>Peso Habitual</b>		
<b>Estatura</b>	<input type="checkbox"/> Estimada <input checked="" type="checkbox"/> Mensurada	
<b>Peso Atual</b>	<input type="checkbox"/> Estimada <input checked="" type="checkbox"/> Mensurada	1.74m
<b>IMC</b>		73Kg
<b>Peso Ideal</b>		24 Kg/m <sup>2</sup>
<b>% de Perda de Peso</b>		
<b>Diagnóstico Nutricional</b>		Risco Nutricional
<b>Necessidade Energética Total</b>		2.190 Kcal
<b>Necessidade Proteica Total</b>		88g



## Carta de Avaliação e Evolução em Terapia Nutricional

Nome: SANTA CASA RIO PRETO  
**SIDNEY MARQUES DOS SANTOS**  
 Mãe: IDIVINA MARIA DOS SANTOS  
 Nome Social:  4405502  
 Médico: MédRENATO ARANTES LIMA Nasc: 29/09/1976 Id: 48  
 Conv. SIH - SUS INTERNACAO Sexo: M Leito: 908-A  
 Data de Dt. At.: 01/10/24 Hora: 16:00 Pront. 822386 INTERNACAO

Sexo: Quarto - Leito: 908-A

Convênio: SUS

Hipótese Diagnóstico/Antecedentes: AVC isquêmica e I hipertensão (E)

Avaliação Nutricional	Data: 04/10/24	
Condição Física		
Dieta Via Oral	( ) Deambula (x) Acamado(a)	
Complemento Nutricional Oral	( ) Sim (x) Não	Dieta: _____
Dieta Enteral	( ) Sim (x) Não	Complemento: _____
Complemento Nutricional Enteral	(x) Sim ( ) Não	Dieta: <u>5 unidades OPO</u> Volume: <u>220 ml 6x/dia</u>
Alergia ou intolerância alimentar	( ) Sim (x) Não	Complemento: _____
Alteração Apetite	Qual: _____	( ) Sim (x) Não
Disfagia	( ) Sim (x) Não	
Vômitos	( ) Sim (x) Não	
Evacuação	(x) Diarreia ( ) Obstipação	
Lado Medido	( ) Direito (x) Esquerdo	
Altura do joelho (AJ)		
Circunferência da Panturrilha (CP)		57 cm
Circunferência do Braço (CB)		31 cm
Dobra Cutânea Tricipital (PCT)		27 cm
Peso Habitual		
Estatura	(x) Estimada ( ) Mensurada	
Peso Atual	(x) Estimada ( ) Mensurada	1.77 m
IMC		66 kg
Peso Ideal		28 kg/m <sup>2</sup>
% de Perda de Peso		
Diagnóstico Nutricional		Risco Nutricional
Necessidade Energética Total		1.980 Kcal
Necessidade Proteica Total		79g



## Ficha de Avaliação e Evolução em Terapia Nutricional

Nome: SANTA CASA RIO PRETO  
 Mãe: MARIA POSSANI RAMOS  
 Nome Social: JAIR POSSANI RAMOS  
 Médic: MEdGUILHERME DE OLIVEIR  
 Conv.SIH - SUS INTERNACAO  
 Dt.At.: 30/09/24 Hora:10:55 Pront.967287 INTERNACAO

SENHA  
 4403812  
 Nasc01/04/1960 Id: 64  
 Sexo: M Leito908-B

Sexo: Quarto - Leito: 908 - B

Convênio: SUS  
 CA gástrica / 4º B gastroectomia total + LFN / HAS

Hipótese Diagnóstico/Antecedentes: CA gástrica / 4º B gastroectomia total + LFN / HAS

Data: 04/10/24

Avaliação Nutricional	
Condição Física	
Dieta Via Oral	<input checked="" type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Acamado(a)
Complemento Nutricional Oral	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Dieta: Líquida
Dieta Enteral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Complemento:
Complemento Nutricional Enteral	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Dieta: Gaviscon Energy Volume: 30 ml / lb <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Complemento:
Alergia ou intolerância alimentar	Qual: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
Alteração Apetite	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Disfagia	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
Vômitos	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
Evacuação	<input type="checkbox"/> Diarreia <input checked="" type="checkbox"/> Obstipação
Lado Medido	<input type="checkbox"/> Direito <input type="checkbox"/> Esquerdo
Altura do joelho (AJ)	
Circunferência da Panturrilha (CP)	
Circunferência do Braço (CB)	
Dobra Cutânea Tricipital (PCT)	
Peso Habitual	
Estatura	<input type="checkbox"/> Estimada <input checked="" type="checkbox"/> Mensurada
Peso Atual	<input type="checkbox"/> Estimada <input checked="" type="checkbox"/> Mensurada
IMC	1,78 m 85 kg
Peso Ideal	27 kg / m <sup>2</sup>
% de Perda de Peso	
Diagnóstico Nutricional	Risco Nutricional
Necessidade Energética Total	2.550 kcal
Necessidade Proteica Total	102g



Ficha de Avaliação Nutricional em Terapia Nutricional

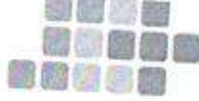
Nome: SANTA CASA RIO PRETO  
ADEMIR CUSTODIO DA SILVA  
Data de MÃe: GENY ROSA DA SILVA  
Médico: MÉDARYELLA S B MENEZES  
Data de Conv. SIH - SUS INTERNACAO  
Dt. At.: 03/09/24 Hora: 04:57 Pront. 997184 INTERNACAO



Sexo: Quarto - Leito: 906-B  
Convênio: SUS

Hipótese Diagnóstico/Antecedentes: *vide avaliação impressa*

Avaliação Nutricional		Data: 04/10/24	
Condição Física		<input type="checkbox"/> Deambula	<input checked="" type="checkbox"/> Acamado(a)
Dieta Via Oral	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Dieta: <i>Leve</i>	
Complemento Nutricional Oral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Complemento: <i>+ Nutrição Parenteral</i>	
Dieta Enteral	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Dieta: <i>Regulinar</i> Volume: <i>50ml/d</i>	
Complemento Nutricional Enteral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Complemento: _____	
Alergia ou intolerância alimentar	Qual: _____	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
Alteração Apetite		<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Disfagia		<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
Vômitos		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Evacuação		<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Obstipação
Lado Medido		<input type="checkbox"/> Direito	<input checked="" type="checkbox"/> Esquerdo
Altura do joelho (AJ)			
Circunferência da Panturrilha (CP)		<i>49 cm</i>	
Circunferência do Braço (CB)		<i>27 cm</i>	
Dobra Cutânea Tricipital (PCT)		<i>23 cm</i>	
Peso Habitual			
Estatura		<input checked="" type="checkbox"/> Estimada	<input type="checkbox"/> Mensurada
Peso Atual		<input checked="" type="checkbox"/> Estimada	<input type="checkbox"/> Mensurada
IMC		<i>17 Kg/m<sup>2</sup></i>	
Peso Ideal			
% de Perda de Peso			
Diagnóstico Nutricional		<i>Desnutrição</i>	
Necessidade Energética Total		<i>1.760 Kcal</i>	
Necessidade Proteica Total		<i>53g</i>	



R. Fritz Jacobs, 1236 - Boa Vista - CEP 15025-500 - São José do Rio Preto - SP

Prontuário: 997184  
 Nome: ADEMIR CUSTODIO DA SILVA  
 Nome Social:  
 Data de Nascimento: 17/05/1970  
 Mãe: GENY ROSA DA SILVA  
 Leito/Setor: 906-B - UNIDADE IX  
 Convênio: SIH - SUS INTERNAÇÃO  
 Tipo de Atendimento: INTERNAÇÃO  
 Alergias  
 Data/Hora: 04/10/2024 19:25

Atendimento: 4379678 - Dias de Internação: 31 dias  
 Idade: 54A 04M 18D  
 Sexo: MASCULINO  
 CNS: 898000758511797  
 Especialidade: CIRURGIA GERAL

**Evolução Médica**

Hérnia interna  
 PO LE + Enterectomia + Enteroanastomose + Lise de bridas (03/09)  
 PO ENTERECTOMIA + ENTEROANASTOMOSE + RESSECÇÃO DE EPIPLON + DRENAGEM DE ABSCESSO PELVICO + RESSUTURA DE PAREDE ABDOMINAL (09/09)  
 PO LE + GASTRORRAFIA + DRENAGEM DE ABSCESSO PELVICO(18/09)  
 PO Enterorrafia + Drenagem de abscesso pélvico e subfrênico + Liberação de aderências intestinais (20/09)  
 PO ENTERECTOMIA + JEJUNOSTOMIA/ILEOSTOMIA + DRENAGEM DE ABSCESSO SUBFRÊNICO + LIBERAÇÃO DE ADERENCIAS INTESTINAIS (23/09)  
 ATB: TAZOCIN

PACIENTE EM LEITO DE ENFERMARIA, ESTAVEL HEMODINAMICAMENTE, EUPNEICO EM AA, CONSCIENTE E ORIENTADO, NEGA DOR ABDOMINAL, NEGA NÁUSEAS E VÔMITOS, DIURSE PRESENTE, COLOSTOMIA FUNCIONANTE LÍQUIDA, REFERE DIMINUIÇÃO DA SAÍDA DE CONTEÚDO ALIMENTAR POR OSTOMIA

REG, LOTE, Descolorado (+14) HAAA, Eupneico  
 CV: 2 bulhas rítmicas e normofonéticas sem sopros  
 RP: mv+ bilateralmente sem ruídos adventícios  
 ABD: Plano, RHA+, DB negativo  
 O: limpa, seca, sem sinais flogísticos  
 Stomia direita OK  
 Stomia esquerda com saída de secreção entérica em grande quantidade  
 Mu: sem edema ou empastamento.

D: Discutido com Dra Aryella  
 CUIDADOS DE ENFERMARIA  
 SOLICITO ROTINA  
 SOLICITO EGA

MARIANA LÉONIS SANTANA  
 CRM: 217258



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
COMPROSSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



DATA - 04/10/2024 até 04/10/2024 . PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N . CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO)-50001059;50000822;50001111...]

NOME: ANA MARQUES SANTIAGO RIBEIRO

ATENDIMENT: 4381352

NOME: ANA MARQUES SANTIAGO RIBEIRO

PRESCRIÇÃO MÉDICO

338708 SERGIO PAPARELLI JUNIOR

DESCRIÇÃO

NOME: APARECIDO DONIZETE DE SOUZA

OBSERVAÇÕES

CONV: SIH DATA NASC: 10/02/1940

LEITO: 810-A

SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

ATENDIMENT: 4405529

NOME: APARECIDO DONIZETE DE SOUZA

PRESCRIÇÃO MÉDICO

338789 CAROLINNE TOKUNAGA BULGAAO

DESCRIÇÃO

NOME: CELSO ROBERTO FERRARI

OBSERVAÇÕES

CONV: SIH DATA NASC: 03/12/1965

LEITO: 905-A

SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

ATENDIMENT: 4394100

NOME: CELSO ROBERTO FERRARI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

338732

DESCRIÇÃO

NOME: EDSON DO AMARAL BARRETO

OBSERVAÇÕES

CONV: SIH DATA NASC: 26/09/1953

LEITO: 804-B

SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

ATENDIMENT: 4405750

NOME: EDSON DO AMARAL BARRETO

PRESCRIÇÃO MÉDICO

338920

DESCRIÇÃO

NOME: ELIANA APARECIDA MARQUES DOS SANTOS

OBSERVAÇÕES

CONV: SIH DATA NASC: 30/11/1969

LEITO: 609-A

SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

ATENDIMENT: 4387419

NOME: ELIANA APARECIDA MARQUES DOS SANTOS

PRESCRIÇÃO MÉDICO

338961

DESCRIÇÃO

NOME: FLAVIO ANDRE BRAZOLIN

OBSERVAÇÕES

CONV: SIH DATA NASC: 25/03/1957

LEITO: 909-A

SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

Impressão por Wareline



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
COP/PROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



DATA - 04/10/2024 ate 04/10/2024 , PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N , CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO) - 50001059,50000822,50001111[.] ]  
 CODIGO DO SETOR (CENTRO DE CUSTO) - PREDOMINANTE-000198,000004,000188,0001[.] ]

00907 - CENSO DIETAS

PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
338770	APARECIDO PEREIRA NETO	NOVASOURCE GC 1.5	30 ML/H SNE	N	
NOME: SEBASTIAO CLEMENTE FERNANDES					
ATENDIMENT: 4396192					
NOME: SEBASTIAO CLEMENTE FERNANDES					
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
338963	ANA RACHEL DE OLIVEIRA VERMEJO	FRESUBIN ENERGY	30 ML/H SNE - SUSPENSO ATE 2A ORDE	N	
NOME: SIDNEY MARQUES DOS SANTOS					
ATENDIMENT: 4405502					
NOME: SIDNEY MARQUES DOS SANTOS					
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
338919		DIETA ENTERAL		N	
NOME: SIDNEY MARQUES DOS SANTOS					
CONV: SIH DATA NASC: 29/09/1976					
LEITO: 908-A					
SETOR: UNI					

Impresso por: WLS18



## Flhe de Avaliação e Evolução em Terapia Nutricional

Nome:	SANTA CASA RIO PRETO CELSO ROBERTO FERRARI		SENHA
Data de	Mãe: MARCIANA RIBEIRO FERRARI Nome Social: 4394100	Sexo:	Quarto - Leito: 804-B
Médico	MEDESTER ZEITUNI Conv. SIH - SUS INTERNACAO	Nasc: 26/09/1953 Id: 71	
Data de	Dt. At.: 18/09/24 Hora: 22:14	Sexo: M Leito: 804-B	Convênio: SUS
Hipótese Diagnóstico/Antecedentes: YNM IITU / Alzheimer / DPOC / Cardiopata			
Avaliação Nutricional	Data: 07/10/24		
Condição Física	<input type="checkbox"/> Deambula <input checked="" type="checkbox"/> Acamado(a)		
Dieta Via Oral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Dieta: _____		
Complemento Nutricional Oral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Complemento: _____		
Dieta Enteral	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Dieta: Insulin Energy Volume: 220ml 6x/dia		
Complemento Nutricional Enteral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Complemento: _____		
Alergia ou intolerância alimentar	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Qual: _____		
Alteração Apetite	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Disfagia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Vômitos	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		
Evacuação	<input type="checkbox"/> Diarreia <input checked="" type="checkbox"/> Obstipação		
Lado Medido	<input type="checkbox"/> Direito <input checked="" type="checkbox"/> Esquerdo Normal		
Altura do joelho (AJ)			
Circunferência da Panturrilha (CP)			
Circunferência do Braço (CB)			
Dobra Cutânea Tricipital (PCT)			
Peso Habitual			
Estatura	<input type="checkbox"/> Estimada <input checked="" type="checkbox"/> Mensurada		
Peso Atual	<input type="checkbox"/> Estimada <input checked="" type="checkbox"/> Mensurada		
IMC	1.79m 82Kg 26 Kg/m <sup>2</sup>		
Peso Ideal			
% de Perda de Peso			
Diagnóstico Nutricional	Risco Nutricional		
Necessidade Energética Total	2.460 Kcal		
Necessidade Proteica Total	123g		



## Fluxo de Avaliação e Evolução em Terapia Nutricional

Nome: SANTA CASA RIO PRETO  
WESLEY PEREIRA DA SILVA  
Data de: Mãe: NILZA MARIA DA COSTA PEREIRA DA SILVA  
Nome Social: 4409882  
Médico: DIEGO STEFANI BIZINO Nasc: 17/03/1994 Id: 30  
Conv. SIH - SUS INTERNACAO Sexo: M Leito: 607-A  
Data de: Dt. At.: 06/10/24 Hora: 12:05 Pront. 1152230 INTERNACAO

Sexo: Quarto - Leito: 607-A

Convênio: SUS

Hipótese Diagnóstico/Antecedentes: SRAG | Covid? | Leishmaniose

Avaliação Nutricional	Data: 07/10/24	
Condição Física	<input checked="" type="checkbox"/> Deambula	<input type="checkbox"/> Acamado(a)
Dieta Via Oral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Dieta: _____
Complemento Nutricional Oral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Complemento: _____
Dieta Enteral	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Dieta: <del>nutricao</del> GCL Volume: 30 ml/h
Complemento Nutricional Enteral	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Complemento: <u>Lacteico 150g / 2x / dia</u>
Alergia ou intolerância alimentar	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Qual: _____
Alteração Apetite	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Disfagia	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Vômitos	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Evacuação	<input type="checkbox"/> Diarreia <input checked="" type="checkbox"/> Obstipação	
Lado Medido	<input type="checkbox"/> Direito <input checked="" type="checkbox"/> Esquerdo	<u>normal</u>
Altura do joelho (AJ)		
Circunferência da Panturrilha (CP)		
Circunferência do Braço (CB)		
Dobra Cutânea Tricipital (PCT)		
Peso Habitual		
Estatura	<input type="checkbox"/> Estimada <input checked="" type="checkbox"/> Mensurada	
Peso Atual	<input type="checkbox"/> Estimada <input checked="" type="checkbox"/> Mensurada	<u>1,70 m</u>
IMC		<u>60 Kg</u>
Peso Ideal		<u>28 Kg/m<sup>2</sup></u>
% de Perda de Peso		
Diagnóstico Nutricional		
Necessidade Energética Total		
Necessidade Proteica Total		



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
COMPARAÇÃO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



00907 - CENSO DIETAS

DATA - 07/10/2024 ate 07/10/2024, PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N, CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO): 50001059, 50000822, 50001111... ]  
CODIGO DO SETOR (CENTRO DE CUSTO) PREDOMINANTE: 000198, 000004, 000188, 000111... ]

NOME: ANA MARQUES SANTIAGO RIBEIRO

ATENDEMENTO: 4408799	NOME: ANA MARQUES SANTIAGO RIBEIRO	CONV: SIH	DATA NASC: 10/02/1940	LEITO: 810-A	SETOR: UNI
PRESCRIÇÃO MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENTO	
340907	SERGIO PAPARELI JUNIOR	DIETA ENTERAL	N		
NOME: CELSO ROBERTO FERRARI					

ATENDEMENTO: 4394100

PRESCRIÇÃO MÉDICO	NOME: CELSO ROBERTO FERRARI	CONV: SIH	DATA NASC: 26/09/1953	LEITO: 804-B	SETOR: UNI
340936	ESTER CRISTINA DE ALMEIDA ZELTUNI	DIETA ENTERAL PADRONIZADA	N		
NOME: DALTON MELLO FRANCO FILHO					

ATENDEMENTO: 4409690

PRESCRIÇÃO MÉDICO	NOME: DALTON MELLO FRANCO FILHO	CONV: SIH	DATA NASC: 06/12/1957	LEITO: 604-A	SETOR: UNI
341069	ANA BEATRIZ THOME DORIA	FRESUBIN ENERGY	40 ML/H SNE	N	
NOME: DURVALINA FERREIRA					

ATENDEMENTO: 4403240

PRESCRIÇÃO MÉDICO	NOME: DURVALINA FERREIRA	CONV: SIH	DATA NASC: 13/11/1944	LEITO: 403-B	SETOR: UNI
341108	APARECIDO PEREIRA NETO	FRESUBIN ENERGY	30ML/H	N	
NOME: EDSON DO AMARAL BARRETO					

ATENDEMENTO: 4405750

PRESCRIÇÃO MÉDICO	NOME: EDSON DO AMARAL BARRETO	CONV: SIH	DATA NASC: 30/11/1969	LEITO: 609-A	SETOR: UNI
340937	RODRIGO CARREIRA GERALDE	NOVASOURCE GC 1.5	20 ML/H SNE ( ZERO ATE SEGUNDA ORD N		
NOME: ELIANA APARECIDA MARQUES DOS SANTOS					

Impressão por: 16/10/24



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



00907 - CENSO DIETAS  
DATA: 07/10/2024 até 07/10/2024 - PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N. CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO): 50001059,50000822,50001111...]  
CODIGO DO SETOR (CENTRO DE CUSTO) PREDOMINANTE: 000198,000004,000188,00011...

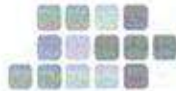
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO	CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
341840	APARECIDO PEREIRA NETO	FRESUBIN ENERGY	30 ML/H POR SNE -SUSPENSA ATE SEGUN N			
NOME : ROSANGELA DO NASCIMENTO MARCONDES						
ATENDIMENT : 4396520 NOME : ROSANGELA DO NASCIMENTO MARCONDES						
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO	CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
341223	PEDRO HENRIQUE URZEDO GONCALVES	DIETA ENTERAL PADRONIZADA	40ML/H EM BIC			
NOME : SEBASTIANA NOGUEIRA DE OLIVEIRA						
ATENDIMENT : 4404435 NOME : SEBASTIANA NOGUEIRA DE OLIVEIRA						
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO	CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
340973	ANA BEATRIZ THOME DORLA	NOVASOURCE GC 1.5	40 ML/H SNE			
NOME : SEBASTIAO CLEMENTE FERNANDES						
ATENDIMENT : 4396192 NOME : SEBASTIAO CLEMENTE FERNANDES						
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO	CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
340970	RODRIGO CARREIRA GERALDE	FRESUBIN ENERGY	30 ML/H SNE - SUSPENSO ATE 2A ORDE N			
NOME : WESLEY PEREIRA DA SILVA						
ATENDIMENT : 4409682 NOME : WESLEY PEREIRA DA SILVA						
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO	CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
341001	MIGUEL AUGUSTO RODRIGUES DEL PINO	NOVASOURCE GC 1.5	PDE SNE 30 ML/H EM BI			

Impresso por MAUSA



### Ficha de Avaliação e Evolução em Terapia Nutricional

Nome:	SANTA CASA RIO PRETO ELIANA APARECIDA MARQUES DOS SANTOS	
Data de:	Mãe: ALDINA MARQUES DOS SANTOS Nome Social: 4387419	Sexo: Quarto - Leito: 909-A
Médico:	Méd DIEGO STEFANI BIZINO Nasc: 25/03/1957 Id: 87 Conv. SIH - SUS INTERNACAO Sexo: F Leito 909-A	
Data de:	DI. At.: 11/09/24 Hora: 10:10 Pront. 1144781 INTERNACAO	Convênio: SUS
Hipótese Diagnóstico/Antecedentes:	ICR reabilitada (2 ciclos) - Drenagem pleural reabilitada / POT amputação / HAS Km	
Avaliação Nutricional	Data: 08/10/24	
Condição Física	<input type="checkbox"/> Deambula <input checked="" type="checkbox"/> Acamado(a)	
Dieta Via Oral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Dieta: _____	
Complemento Nutricional Oral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Complemento: _____	
Dieta Enteral	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Dieta: <u>Nutrisource GCL</u> Volume: <u>40 ml/d</u>	
Complemento Nutricional Enteral	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Complemento: <u>Proteica 30g/dx/dia</u>	
Alergia ou intolerância alimentar	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Qual: _____	
Alteração Apetite	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Disfagia	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Vômitos	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Evacuação	<input type="checkbox"/> Diarreia <input checked="" type="checkbox"/> Obstipação	
Lado Medido	<input type="checkbox"/> Direito <input checked="" type="checkbox"/> Esquerdo	
Altura do joelho (AJ)	46 cm	
Circunferência da Panturrilha (CP)	28 cm	
Circunferência do Braço (CB)	29 cm	
Dobra Cutânea Tricipital (PCT)		
Peso Habitual		
Estatura	<input checked="" type="checkbox"/> Estimada <input type="checkbox"/> Mensurada 1.48 m	
Peso Atual	<input checked="" type="checkbox"/> Estimada <input type="checkbox"/> Mensurada 62 Kg	
IMC	28 Kg/m <sup>2</sup>	
Peso Ideal		
% de Perda de Peso		
Diagnóstico Nutricional	Alertado	
Necessidade Energética Total	1.860 Kcal	
Necessidade Proteica Total	74g	



### Ficha de Avaliação e Evolução em Terapia Nutricional

Nome:	SANTA CASA RIO PRETO		SENHA
Nome:	JEANE CARDOSO		
Data de	Mãe: JUCILENE DE SOUZA CARDOSO		Sexo: Quarto - Leito: 602-B
Médico	Nome Social: 4402855	Nasc: 17/09/2000 Id: 24	
Data de	Conv. SIH - SUS INTERNACAO	Sexo: F Leito: 602-B	Convênio: SUS
	Dt. At.: 28/09/24 Hora: 03:45 Pront. 968369 INTERNACAO		
Hipótese Diagnóstico/Antecedentes:	10: 10 Jansenomia esplenocárdica idiopática (Hepatomegalia) / insulino (Hemodiscoemia) / TQT		
Avaliação Nutricional	Data: 08/10/24		
Condição Física	<input type="checkbox"/> Deambula <input checked="" type="checkbox"/> Acamado(a)		
Dieta Via Oral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Dieta: _____		
Complemento Nutricional Oral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Complemento: _____		
Dieta Enteral	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Dieta: Insulin Energy Volume: 30 ml / BF		
Complemento Nutricional Enteral	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Complemento: Insulina 10g / 2x / dia		
Alergia ou intolerância alimentar	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Qual: _____		
Alteração Apetite	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Disfagia	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		
Vômitos	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		
Evacuação	<input checked="" type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Obstipação		
Lado Medido	<input type="checkbox"/> Direito <input checked="" type="checkbox"/> Esquerdo		
Altura do joelho (AJ)	52 cm		
Circunferência da Panturrilha (CP)	32 cm		
Circunferência do Braço (CB)	28 cm		
Dobra Cutânea Tricipital (PCT)			
Peso Habitual			
Estatura	<input checked="" type="checkbox"/> Estimada <input type="checkbox"/> Mensurada		
Peso Atual	<input checked="" type="checkbox"/> Estimada <input type="checkbox"/> Mensurada		
IMC	66 Kg 26 Kg/m <sup>2</sup>		
Peso Ideal			
% de Perda de Peso			
Diagnóstico Nutricional	Anoréxia		
Necessidade Energética Total	1.980 Kcal		
Necessidade Proteica Total	79g		



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
GOVERNANÇA COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



00907 - CENSO DIETAS  
DATA - 08/10/2024 ate 08/10/2024, PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N, CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO)-50001059,50000822,50001111[...]  
CODIGO DO SETOR (CENTRO DE CUSTO) PREDOMINANTE-000198,000004,000188,0001[...]

NOME: ANA MARQUES SANTIAGO RIBEIRO

ATENDIMENT: 4408799

NOME: ANA MARQUES SANTIAGO RIBEIRO

CONV: SIH DATA NASC: 10/02/1940

LEITO: 810-A

SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

341827 SERGIO PAPARELI JUNIOR

DESCRIÇÃO

DIETA ENTERAL

OBSERVAÇÕES

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

NOME: DALTON MELLO FRANCO FILHO

ATENDIMENT: 4409699

NOME: DALTON MELLO FRANCO FILHO

CONV: SIH DATA NASC: 06/12/1957

LEITO: 604-A

SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

342012 APARECIDO PEREIRA NETO

DESCRIÇÃO

FRESUBIN ENERGY

OBSERVAÇÕES

40 ML/H SNE

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

NOME: DURVALINA FERREIRA

ATENDIMENT: 4403240

NOME: DURVALINA FERREIRA

CONV: SIH DATA NASC: 13/11/1944

LEITO: 403-B

SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

341979 MARIA ADRIANA ALMEIDA DA COSTA LIMA

DESCRIÇÃO

FRESUBIN ENERGY

OBSERVAÇÕES

40ML/H

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

NOME: EDSON DO AMARAL BARRETO

ATENDIMENT: 4405750

NOME: EDSON DO AMARAL BARRETO

CONV: SIH DATA NASC: 30/11/1969

LEITO: 609-A

SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

341968 ANA RACHEL DE OLIVEIRA VERMEJO

DESCRIÇÃO

NOVASOURCE GC 1.5

OBSERVAÇÕES

20 ML/H SNE ( ZERO ATE SEGUNDA ORD N

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

NOME: ELIANA APARECIDA MARQUES DOS SANTOS

ATENDIMENT: 4387419

NOME: ELIANA APARECIDA MARQUES DOS SANTOS

CONV: SIH DATA NASC: 25/03/1957

LEITO: 909-A

SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

341988 ANA RACHEL DE OLIVEIRA VERMEJO

DESCRIÇÃO

NOVASOURCE GC 1.5

OBSERVAÇÕES

40 ML/H SNE

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

NOME: FLAVIO ANDRE BRAZOLIN

Impressão por MATISA



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
COMPROSSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



00907 - CENSO DIETAS  
DATA - 08/10/2024 ate 08/10/2024 , PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N , CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO)-50001059 500008222 50001111[...]  
CODIGO DO SETOR (CENTRO DE CUSTO) PREDOMINANTE-000198.000004.000188.0001[...]

PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
341873	MARIA ADRIANA ALMEIDA DA COSTA LIMA	FRESUBIN ENERGY	40ML/H	N	
NOME : OLAVIO FARIAS NUNES					
ATENDIMENT: 4410882 NOME: OLAVIO FARIAS NUNES					
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
341944		DIETA ENTERAL PADRONIZADA		N	
NOME : ROSANGELA DO NASCIMENTO MARCONDES					
ATENDIMENT: 4396520 NOME: ROSANGELA DO NASCIMENTO MARCONDES					
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
342106	GUILHERME GUILMO DE OLIVEIRA	DIETA ENTERAL PADRONIZADA	40ML/H EM BIC	N	
NOME : SEBASTIANA NOGUEIRA DE OLIVEIRA					
ATENDIMENT: 4404435 NOME: SEBASTIANA NOGUEIRA DE OLIVEIRA					
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
341880	APARECIDO PEREIRA NETO	NOVASOURCE GC 1.5	40 ML/H SNE	N	
NOME : SEBASTIAO CLEMENTE FERNANDES					
ATENDIMENT: 4396192 NOME: SEBASTIAO CLEMENTE FERNANDES					
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
342004	ANA RACHEL DE OLIVEIRA VERMEJO	FRESUBIN ENERGY	30 ML/H SNE - SUSPENSO ATE 2A ORDE N	N	
NOME : WESLEY PEREIRA DA SILVA					
ATENDIMENT: 4409682 NOME: WESLEY PEREIRA DA SILVA					
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT

Impresso por MATISA

LSPD: Relatório pode conter dados pessoais e/ou sensíveis, recomenda-se a destruição após o uso



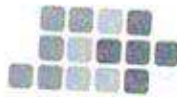
## Ficha de Avaliação e Evolução em Terapia Nutricional

Nome: SANTA CASA RIO PRETO  
 DANIEL ANTONIO FERMIANO  
 Mãe: TEREZA ROSA FERMIANO  
 Nome Social:   
 Médico: Méd. DANILLO VENDRAME VIVA  
 Conv. SIH - SUS INTERNACAO  
 Dt. At.: 09/10/24 Hora: 08:58 Pront. 975608 INTERNACAO


Sexo: Quarto - Leito: Enfermaria  
 QTO3  
 Convênio: SUS

Hipótese Diagnóstico/Antecedentes: Mama cervical

Avaliação Nutricional	Data: 09/10/24	
Condição Física		
Dieta Via Oral	<input checked="" type="checkbox"/> Deambula	<input type="checkbox"/> Acamado(a)
Complemento Nutricional Oral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Dieta: _____
Dieta Enteral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Complemento: _____
Complemento Nutricional Enteral	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Dieta: <u>Inserulin Energy</u> Volume: <u>220 ml 16x/dia</u>
Alergia ou intolerância alimentar	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Qual: _____
Alteração Apetite	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Disfagia	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
Vômitos	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
Evacuação	<input type="checkbox"/> Diarreia	<input checked="" type="checkbox"/> Obstipação
Lado Medido	<input type="checkbox"/> Direito	<input type="checkbox"/> Esquerdo
Altura do joelho (AJ)		
Circunferência da Panturrilha (CP)		
Circunferência do Braço (CB)		
Dobra Cutânea Tricipital (PCT)		
Peso Habitual		
Estatura	<input type="checkbox"/> Estimada	<input checked="" type="checkbox"/> Mensurada
Peso Atual	<input type="checkbox"/> Estimada	<input checked="" type="checkbox"/> Mensurada
IMC	$1.80\text{ m}$ $54\text{ Kg}$ $17\text{ Kg/m}^2$	
Peso Ideal		
% de Perda de Peso		
Diagnóstico Nutricional		
Necessidade Energética Total	$2.160\text{ Kcal}$	
Necessidade Proteica Total	$81\text{ g}$	



## Ficha de Avaliação e Evolução em Terapia Nutricional

Nome: SANTA CASA RIO PRETO  
**LEANDRO ROSA DE OLIVEIRA**  
 Mãe: ELOILDA TEREZINHA ROSA DE OLIVEIRA  
 Nome Social:  4398855  
 Médico: Méd. DANILLO VENDRAME VIVA Nasc: 04/11/1973 Id: 51  
 Conv. SIH - SUS INTERNACAO Sexo: M Leito: 616-A  
 Dt. At.: 24/09/24 Hora: 13:32 Pront. 1054452 INTERNACAO  
 Sexo: Quarto - Leito: **Infematária SUS**  
 Convênio: **SUS**  
 Hipótese Diagnóstico/Antecedentes: **C.A. Jaringue**

Avaliação Nutricional		Data: <b>09/10/24</b>	
Condição Física		<input type="checkbox"/> Deambula	<input type="checkbox"/> Acamado(a)
Dieta Via Oral	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Dieta: _____	
Complemento Nutricional Oral	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Complemento: _____	
Dieta Enteral	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Dieta: _____ Volume: _____	
Complemento Nutricional Enteral	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Complemento: _____	
Alergia ou intolerância alimentar	Qual: _____	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Alteração Apetite		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Disfagia		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Vômitos		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Evacuação		<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Obstipação
Lado Medido		<input type="checkbox"/> Direito	<input checked="" type="checkbox"/> Esquerdo
Altura do joelho (AJ)			
Circunferência da Panturrilha (CP)			<b>49 cm</b>
Circunferência do Braço (CB)			<b>28 cm</b>
Dobra Cutânea Tricipital (PCT)			<b>21 cm</b>
Peso Habitual			
Estatura		<input checked="" type="checkbox"/> Estimada	<input type="checkbox"/> Mensurada
Peso Atual		<input checked="" type="checkbox"/> Estimada	<input type="checkbox"/> Mensurada
IMC			<b>37 Kg</b>
Peso Ideal			<b>14 Kg m<sup>2</sup></b>
% de Perda de Peso			
Diagnóstico Nutricional			<b>Desnutrição</b>
Necessidade Energética Total			<b>1.400 Kcal</b>
Necessidade Proteica Total			<b>56 g</b>



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
CONFIABILIDADE COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



00907 - CENSO DIETAS  
DATA - 09/10/2024 ate 09/10/2024 PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N. CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO)-50001059.50000822.50001111..J  
CODIGO DO SETOR (CENTRO DE CUSTO) PREDOMINANTE-000198.000004.000188.00011..J

NOME: DALTON MELLO FRANCO FILHO

ATENDIMENTO: 4409690 NOME: DALTON MELLO FRANCO FILHO CONV: SIH DATA NASC: 06/12/1957 LEITO: 604-A SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO LUCIANA MAUSUR PINTO BORGES DESCRIÇÃO FRESUBIN ENERGY OBSERVAÇÕES 40 ML/H SNE PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT

NOME: DANIEL ANTONIO FERMIANO

ATENDIMENTO: 4412285 NOME: DANIEL ANTONIO FERMIANO CONV: SIH DATA NASC: 16/02/1962 LEITO: MASC05 SETOR: ENF

PRESCRIÇÃO MÉDICO 342911 DESCRIÇÃO DIETA ENTERAL PADRONIZADA OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT

NOME: DANIEL PEREIRA DE SOUZA

ATENDIMENTO: 4411965 NOME: DANIEL PEREIRA DE SOUZA CONV: SIH DATA NASC: 23/12/1950 LEITO: 611-B SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO 342627 HANNAH BACKSMANN FERREIRA DESCRIÇÃO FRESUBIN ENERGY OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT

342639 RODRIGO CARREIRA GERALDE NOVASOURCE GC 1.5

342884 LUCIANA MANSUR PINTO BORGES NOVASOURCE GC 1.5

NOME: DURVALINA FERREIRA

ATENDIMENTO: 4403240 NOME: DURVALINA FERREIRA CONV: SIH DATA NASC: 13/11/1944 LEITO: 403-B SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO 342933 EDUARDO SARGI DESCRIÇÃO FRESUBIN ENERGY OBSERVAÇÕES 40ML/H PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT

NOME: EDSON DO AMARAL BARRETO

ATENDIMENTO: 4405750 NOME: EDSON DO AMARAL BARRETO CONV: SIH DATA NASC: 30/11/1969 LEITO: 609-A SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO 342822 ANA BEATRIZ THOME DORIA DESCRIÇÃO NOVASOURCE GC 1.5 OBSERVAÇÕES 20 ML/H SNE ( ZERO ATE SEGUNDA ORD N PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT

Impressão por MATISA



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
COMISSÃO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



DATA - 09/10/2024 ate 09/10/2024 . PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N. CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO)-50001059.50000822.50001111- J  
 CODIGO DO SETOR (CENTRO DE CUSTO) PREDOMINANTE-000198.000004.000188.00011- J

00907 - CENSO DIETAS

ATENDIMENT: 4398548

NOME: ODAIR PRATES TEIXEIRA

CONV: SIH DATA NASC: 20/09/1974

LEITO: 615-A

SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

EDUARDO SARGI

DESCRIÇÃO

FRESUBIN ENERGY

OBSERVAÇÕES

40ML/H

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

NOME: OLAVIO FARIAS NUNES

N

ATENDIMENT: 4410882

NOME: OLAVIO FARIAS NUNES

CONV: SIH DATA NASC: 14/04/1955

LEITO: 604-A

SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

ESTER CRISTINA DE ALMEIDA ZEITUNI

DESCRIÇÃO

DIETA ENTERAL PADRONIZADA

OBSERVAÇÕES

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

NOME: ROSANGELA DO NASCIMENTO MARCONDES

N

ATENDIMENT: 4396520

NOME: ROSANGELA DO NASCIMENTO MARCONDES

CONV: SIH DATA NASC: 10/05/1969

LEITO: 902-B

SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

PEDRO HENRIQUE URZEDO GONCALVES

DESCRIÇÃO

DIETA ENTERAL PADRONIZADA

OBSERVAÇÕES

60ML/H EM BIC

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

NOME: SEBASTIANA NOGUEIRA DE OLIVEIRA

N

ATENDIMENT: 4404435

NOME: SEBASTIANA NOGUEIRA DE OLIVEIRA

CONV: SIH DATA NASC: 03/04/1950

LEITO: 812-A

SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

LUCIANA MANSUR PINTO BORGES

DESCRIÇÃO

NOVASOURCE GC 1.5

OBSERVAÇÕES

40 ML/H SNE

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

NOME: SEBASTIAO CLEMENTE FERNANDES

N

ATENDIMENT: 4396192

NOME: SEBASTIAO CLEMENTE FERNANDES

CONV: SIH DATA NASC: 19/01/1942

LEITO: 605-A

SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

ANA BEATRIZ THOME DORIA

DESCRIÇÃO

FRESUBIN ENERGY

OBSERVAÇÕES

30 ML/H SNE

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

NOME: VANUSA MARIA NERIS

N

ATENDIMENT: 4411859

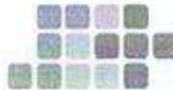
NOME: VANUSA MARIA NERIS

CONV: SIH DATA NASC: 29/05/1976

LEITO: 812-B

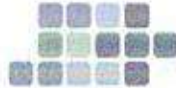
SETOR: UNI

Impresso Por NALISA



### Ficha de Avaliação e Evolução em Terapia Nutricional

Nome	SANTA CASA RIO PRETO DURVALINA FERREIRA	
Data c	Mãe: DIZOLINA FERREIRA Nome Social: 4403240	Sexo: Quarto - Leito: 403-B
Médic	MéDIEGO STEFANI BIZINO Nasc: 13/11/1944 Id: 79	
Data c	Conv. SIH - SUS INTERNACAO Sexo: F Leito: 403-B	Convênio: SUS
Hipótese Diagnóstico/Antecedentes: 12: 40 LE + Lúx de Brachy + IRA		
Avaliação Nutricional	Data: 10/10/24	
Condição Física	<input type="checkbox"/> Deambula <input checked="" type="checkbox"/> Acamado(a)	
Dieta Via Oral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Dieta: _____	
Complemento Nutricional Oral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Complemento: _____	
Dieta Enteral	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Dieta: <u>Água + Frutas</u> Volume: <u>40 ml 1h</u>	
Complemento Nutricional Enteral	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Complemento: <u>Leite 30g/1x/dia</u>	
Alergia ou intolerância alimentar	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Qual: _____	
Alteração Apetite	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Disfagia	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Vômitos	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Evacuação	<input type="checkbox"/> Diarreia <input checked="" type="checkbox"/> Obstipação	
Lado Medido	<input type="checkbox"/> Direito <input type="checkbox"/> Esquerdo	
Altura do joelho (AJ)		
Circunferência da Panturrilha (CP)		
Circunferência do Braço (CB)		
Dobra Cutânea Tricipital (PCT)		
Peso Habitual		
Estatura	<input type="checkbox"/> Estimada <input checked="" type="checkbox"/> Mensurada	
Peso Atual	<input type="checkbox"/> Estimada <u>1.63m</u> <input checked="" type="checkbox"/> Mensurada	
IMC	<u>56 Kg</u>	
Peso Ideal	<u>21 Kg/m<sup>2</sup></u>	
% de Perda de Peso		
Diagnóstico Nutricional	<u>Risco Nutricional</u>	
Necessidade Energética Total	<u>1.960 Kcal</u>	
Necessidade Proteica Total	<u>84g</u>	



### Ficha de Avaliação e Evolução em Terapia Nutricional

Nome:	SANTA CASA RIO PRETO MAIKE ANDRE ALMEIDA DA SILVA	
Data de:	Mãe: LUCIMARA DE ALMEIDA DA SILVA Nome Social: 4410875	Sexo: Quarto - Leito: 904-B
Médico:	Méd MATEUS CALIXTO COLTU Nasc 24/08/2001 Id: 23	
Data de:	Conv. SIH - SUS INTERNACAO Sexo: M Leito 904-B Dt. At.: 07/10/24 Hora 21:30 Pront. 814560 INTERNACAO	Convênio: 505
Hipótese Diagnóstico/Antecedentes:	Eliminente amarelo feio em tarso esquerdo   Pneumônias 2º PO   Anatomia esofageana + Gastropatia + Perigosa abscessa subfínica	
Avaliação Nutricional		Data: 10/10/24
Condição Física		( ) Deambula (x) Acamado(a)
Dieta Via Oral	( ) Sim (x) Não	Dieta: _____
Complemento Nutricional Oral	( ) Sim (x) Não	Complemento: _____
Dieta Enteral	(x) Sim ( ) Não	Dieta: <u>Resulin Energy</u> Volume: <u>20ml 1h</u>
Complemento Nutricional Enteral	( ) Sim (x) Não	Complemento: _____
Alergia ou intolerância alimentar	Qual: _____	( ) Sim (x) Não
Alteração Apetite		( ) Sim (x) Não
Disfagia		( ) Sim (x) Não
Vômitos		( ) Sim (x) Não
Evacuação		( ) Diarreia ( ) Obstipação
Lado Medido		( ) Direito <u>Normal</u> ( ) Esquerdo
Altura do joelho (AJ)		
Circunferência da Panturrilha (CP)		
Circunferência do Braço (CB)		
Dobra Cutânea Tricipital (PCT)		
Peso Habitual		
Estatura	( ) Estimada (x) Mensurada	
Peso Atual	( ) Estimada (x) Mensurada	<u>1.75m</u>
IMC		<u>78Kg</u> <u>25 Kg/m<sup>2</sup></u>
Peso Ideal		
% de Perda de Peso		
Diagnóstico Nutricional		<u>Entérica</u>
Necessidade Energética Total		<u>2.340 Kcal</u>
Necessidade Proteica Total		<u>117g</u>



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



00907 - CENSO DIETAS

DATA - 10/10/2024 ate 10/10/2024 ,PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N , CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO)-50001059,50000822,5000111[.]  
CODIGO DO SETOR (CENTRO DE CUSTO) PREDOMINANTE-000198,000004,000186,00011[.]

NOME : DALTON NELLO FRANCO FILHO

ATENDIMENT : 4409690 NOME : DALTON NELLO FRANCO FILHO CONV: SIH DATA NASC: 06/12/1957 LETITO: 604-A SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRIÇÃO OBSERVAÇÕES OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT

343766 LUCIANA MANSUR PINTO BORGES FRESUBIN ENERGY 40 ML/H SNE 40 ML/H SNE N

NOME : DANIEL PEREIRA DE SOUZA

ATENDIMENT : 4411965 NOME : DANIEL PEREIRA DE SOUZA CONV: SIH DATA NASC: 23/12/1950 LETITO: 611-B SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRIÇÃO OBSERVAÇÕES OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT

343932 LUCIANA MANSUR PINTO BORGES NOVASOURCE GC 1.5 30 ML/H SNE 30 ML/H SNE N

NOME : DURVALINA FERREIRA

ATENDIMENT : 4403240 NOME : DURVALINA FERREIRA CONV: SIH DATA NASC: 13/11/1944 LETITO: 403-B SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRIÇÃO OBSERVAÇÕES OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT

343804 CARLOS EDUARDO GRASSI MAZZETTO FRESUBIN ENERGY 40ML/H 40ML/H N

NOME : EDSON DO AMARAL BARRETO

ATENDIMENT : 4405750 NOME : EDSON DO AMARAL BARRETO CONV: SIH DATA NASC: 30/11/1969 LETITO: 609-A SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRIÇÃO OBSERVAÇÕES OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT

343999 ANA RACHEL DE OLIVEIRA VERMEJO NOVASOURCE GC 1.5 20 ML/H SNE ( ZERO ATE SEGUNDA ORD N

NOME : ELIANA APARECIDA MARQUES DOS SANTOS

ATENDIMENT : 4387419 NOME : ELIANA APARECIDA MARQUES DOS SANTOS CONV: SIH DATA NASC: 25/03/1957 LETITO: 909-A SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRIÇÃO OBSERVAÇÕES OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT

343625 DIEGO STEFANI BIZIMOTO NOVASOURCE GC 1.5 40 ML/H SNE 40 ML/H SNE N

NOME : FLAVIO ANDRE BRAZOLIN

Impressão por: 19/10/2024



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



## 00907 - CENSO DIETAS

DATA - 10/10/2024 ate 10/10/2024 . PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N . CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO)-50001059.50000822.50001111.-J  
CODIGO DO SETOR (CENTRO DE CUSTO). PREDOMINANTE-000198.000004.000188.00011.-J

ATENDEMENT: 4398548 NOME: ODAIR PRATES TELXEIRA CONV: SIH DATA NASC: 20/09/1974 LETTO: 615-A SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO	MEDICO	DESCRICAÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
343645	CARLOS EDUARDO GRASSI MAZZETTO	FRESUBIN ENERGY	40ML/H	N	

NOME: ROSA MARIA LICEIA DA PAIXAO

ATENDEMENT: 4413667 NOME: ROSA MARIA LICEIA DA PAIXAO CONV: SIH DATA NASC: 12/02/1970 LETTO: 907-A SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO	MEDICO	DESCRICAÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
344002	MIGUEL AUGUSTO RODRIGUES DEL PINO	NOVASOURCE GC 1.5	POE SNE 30 ML/H EM BI	N	

NOME: ROSANGELA DO NASCIMENTO MARCONDES

ATENDEMENT: 4396520 NOME: ROSANGELA DO NASCIMENTO MARCONDES CONV: SIH DATA NASC: 10/05/1969 LETTO: 902-B SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO	MEDICO	DESCRICAÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
343902	MATHEUS GABRIEL NANTES DELLA VALENTINA	DIETA ENTERAL PADRONIZADA	60ML/H EM BIC	N	

NOME: SEBASTIANA NOGUEIRA DE OLIVEIRA

ATENDEMENT: 4404435 NOME: SEBASTIANA NOGUEIRA DE OLIVEIRA CONV: SIH DATA NASC: 03/04/1950 LETTO: 812-A SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO	MEDICO	DESCRICAÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
343907	LUCIANA MANSUR PINTO BORGES	NOVASOURCE GC 1.5	40 ML/H SNE	N	

NOME: SEBASTIAO CLEMENTE FERNANDES

ATENDEMENT: 4396192 NOME: SEBASTIAO CLEMENTE FERNANDES CONV: SIH DATA NASC: 19/01/1942 LETTO: 605-A SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO	MEDICO	DESCRICAÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
344021	ANA RACHEL DE OLIVEIRA VERMEJO	FRESUBIN ENERGY	30 ML/H SNE	N	

NOME: WESLEY PEREIRA DA SILVA

ATENDEMENT: 4409682 NOME: WESLEY PEREIRA DA SILVA CONV: SIH DATA NASC: 17/03/1994 LETTO: 607-A SETOR: UNI

Impresso por: WALSIA



## Ficha de Avaliação e Evolução em Terapia Nutricional

**Nome:** SANTA CASA RIO PRETO  
**MARCIA CRISTINA DE OLIVEIRA**  
**Data de:** Mãe: LOURICE LIMA DE OLIVEIRA  
**Médico:** MédARYELLA S B MENEZES Nasc: 15/05/1967 Id: 57  
 Nome Social: 4405505  
 Conv. SIH - SUS INTERNACAO Sexo: F Leito: 803-B  
**Data de:** Dt. At.: 01/10/24 Hora: 16:07 Pront. 916677 INTERNACAO  
**Hipótese Diagnóstico/Antecedentes:** *patelaçtilite / 9º PO LC + patelaçtilectomia via aberta*

<b>Avaliação Nutricional</b>		<b>Quarto - Leito:</b> 803-B
<b>Condição Física</b>		<b>Convênio:</b> SUS
<b>Dieta Via Oral</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Acamado(a)	<b>Data:</b> 01/10/24
<b>Complemento Nutricional Oral</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<b>Dieta:</b> <i>Líquida - Pastosa</i>
<b>Dieta Enteral</b>	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	<b>Complemento:</b> _____
<b>Complemento Nutricional Enteral</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<b>Dieta:</b> <i>Nutrosone GCL</i> <b>Volume:</b> <i>20 ml/h</i>
<b>Alergia ou intolerância alimentar</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<b>Complemento:</b> <i>Proteica 30g 1x1 dia</i>
<b>Alteração Apetite</b>	Qual: _____	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
<b>Disfagia</b>	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
<b>Vômitos</b>	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
<b>Evacuação</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Obstipação	
<b>Lado Medido</b>	<input type="checkbox"/> Direito <input type="checkbox"/> Esquerdo	
<b>Altura do joelho (AJ)</b>		
<b>Circunferência da Panturrilha (CP)</b>		
<b>Circunferência do Braço (CB)</b>		
<b>Dobra Cutânea Tricipital (PCT)</b>		
<b>Peso Habitual</b>		
<b>Estatura</b>	<input type="checkbox"/> Estimada <input checked="" type="checkbox"/> Mensurada	
<b>Peso Atual</b>	<input type="checkbox"/> Estimada <input checked="" type="checkbox"/> Mensurada	<i>1.56 m</i>
<b>IMC</b>		<i>45 Kg</i>
<b>Peso Ideal</b>		<i>14 Kg/m<sup>2</sup></i>
<b>% de Perda de Peso</b>		
<b>Diagnóstico Nutricional</b>		<i>Desnutrição</i>
<b>Necessidade Energética Total</b>		<i>1.400 kcal</i>
<b>Necessidade Proteica Total</b>		<i>68g</i>



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



00907 - CENSO DIETAS  
DATA - 11/10/2024 ate 11/10/2024 - PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N. CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO)-50001059.50000822.5000111[...]  
CODIGO DO SETOR (CENTRO DE CUSTO) PREDOMINANTE-000198.0000004.000188.0001[...]

NOME : DALTON MELLO FRANCO FILHO

ATENDEMENTO : 4409698 NOME : DALTON MELLO FRANCO FILHO CONV: SIH DATA NASC: 06/12/1957 LEITO: 604-A SETOR: UNI  
PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRIÇÃO OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENTO  
344670 ANA RACHEL DE OLIVEIRA VERMEJO FRESUBIN ENERGY 40 ML/H SNE N  
NOME : DANIEL PEREIRA DE SOUZA

ATENDEMENTO : 4411965 NOME : DANIEL PEREIRA DE SOUZA CONV: SIH DATA NASC: 23/12/1950 LEITO: 611-B SETOR: UNI  
PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRIÇÃO OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENTO  
344603 APARECIDO PEREIRA NETO NOVASOURCE GC 1.5 30 ML/H SNE N  
NOME : DURVALINA FERREIRA

ATENDEMENTO : 4403240 NOME : DURVALINA FERREIRA CONV: SIH DATA NASC: 13/11/1944 LEITO: 403-B SETOR: UNI  
PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRIÇÃO OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENTO  
344750 RAYSSA MARCOSKI RODRIGUES DE ALMEIDA FRESUBIN ENERGY 40ML/H N  
NOME : EDSON DO AMARAL BARRETO

ATENDEMENTO : 4405750 NOME : EDSON DO AMARAL BARRETO CONV: SIH DATA NASC: 30/11/1969 LEITO: 609-A SETOR: UNI  
PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRIÇÃO OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENTO  
344787 ANA RACHEL DE OLIVEIRA VERMEJO NOVASOURCE GC 1.5 20 ML/H SNE ( ZERO ATE SEGUNDA ORD N  
NOME : ELIANA APARECIDA MARQUES DOS SANTOS

ATENDEMENTO : 4387419 NOME : ELIANA APARECIDA MARQUES DOS SANTOS CONV: SIH DATA NASC: 25/03/1957 LEITO: 909-A SETOR: UNI  
PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRIÇÃO OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENTO  
344546 DIEGO STEFANI BIZIUNO NOVASOURCE GC 1.5 40 ML/H SNE N  
NOME : FLAVIO ANDRE BRAZOLIN

Impresso por MAIZA



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



00907 - CENSO DIETAS  
DATA: 11/10/2024 ate 11/10/2024, PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N. CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO): 50001059.50000822.5000111[...]  
CODIGO DO SETOR (CENTRO DE CUSTO) PREDOMINANTE: 000198.0000004.000188.0001[...]

PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENTO
344494	ODAIR PRATES TEIXEIRA	DIETA ENTERAL PADRONIZADA		N	
ATENDIMENT: 4398548 NOME: ODAIR PRATES TEIXEIRA					
CONV: SIH	DATA NASC: 20/09/1974	LEITO: 615-A	SETOR: UNI		
344653	ANA BEATRIZ THOME DORIA	FRESUBIN ENERGY	40ML/H	N	
ATENDIMENT: 4413667 NOME: ROSA MARIA LICEIA DA PAIXAO					
CONV: SIH	DATA NASC: 12/02/1970	LEITO: 907-A	SETOR: UNI		
344578	MIGUEL AUGUSTO RODRIGUES DEL PINO	NOVASOURCE GC 1.5	POE SNE 30 ML/H EM BI	N	
ATENDIMENT: 4396520 NOME: ROSANGELA DO NASCIMENTO MARCONDES					
CONV: SIH	DATA NASC: 10/05/1969	LEITO: 902-B	SETOR: UNI		
344739	MATHEUS GABRIEL NANTES DELLA VALENTINA	DIETA ENTERAL PADRONIZADA	60ML/H EM BIC	N	
ATENDIMENT: 4404435 NOME: SEBASTIANA NOGUEIRA DE OLIVEIRA					
CONV: SIH	DATA NASC: 03/04/1950	LEITO: 812-A	SETOR: UNI		
344532	APARECIDO PEREIRA NETO	NOVASOURCE GC 1.5	40 ML/H SNE	N	
ATENDIMENT: 4396192 NOME: SEBASTIAO CLEMENTE FERNANDES					
CONV: SIH	DATA NASC: 19/01/1942	LEITO: 605-A	SETOR: UNI		

Imprimindo por MATISA



## Ficha de Avaliação e Evolução em Terapia Nutricional

SENHA

**Nome:** SANTA CASA RIO PRETO  
**EUNICE LISBOA AVILE**  
**Mãe:** DOLORES BALDENEVE  
**Nome Social:**  
**Médico:** MEdESTER ZEITONI  
Conv.SIH - SUS INTERNACAO  
**Data de Dt.At.:** 11/10/24 **Hora:** 08:24 **Pront.:** 935952 INTERNACAO



4414423  
Nasc05/10/1945 Id: 79  
Sexo: F Leito007-B

**Sexo:** **Quarto - Leito:** 807-B

**Convênio:** SUS

**Hipótese Diagnóstico/Antecedentes:** ITU / GEG / hipertensão

<b>Avaliação Nutricional</b>		<b>Data:</b> 14/10/24
<b>Condição Física</b>		
<b>Dieta Via Oral</b>	( ) Deambula (X) Acamado(a)	
<b>Complemento Nutricional Oral</b>	( ) Sim (X) Não	<b>Dieta:</b> _____
<b>Dieta Enteral</b>	( ) Sim (X) Não	<b>Complemento:</b> _____
<b>Complemento Nutricional Enteral</b>	(X) Sim ( ) Não	<b>Dieta:</b> Amulim Energy <b>Volume:</b> 200ml 1x/dia
<b>Alergia ou intolerância alimentar</b>	( ) Sim (X) Não	<b>Complemento:</b> _____
<b>Alteração Apetite</b>	Qual: _____	( ) Sim (X) Não
<b>Disfagia</b>	(X) Sim ( ) Não	
<b>Vômitos</b>	( ) Sim (X) Não	
<b>Evacuação</b>	( ) Diarreia ( ) Obstipação	
<b>Lado Medido</b>	( ) Direito ( ) Esquerdo	Normal
<b>Altura do joelho (AJ)</b>		
<b>Circunferência da Panturrilha (CP)</b>		
<b>Circunferência do Braço (CB)</b>		
<b>Dobra Cutânea Tricipital (PCT)</b>		
<b>Peso Habitual</b>		
<b>Estatura</b>	( ) Estimada (X) Mensurada	
<b>Peso Atual</b>	( ) Estimada (X) Mensurada	1.70m
<b>IMC</b>		56 Kg
<b>Peso Ideal</b>		69 Kg / 1m <sup>2</sup>
<b>% de Perda de Peso</b>		
<b>Diagnóstico Nutricional</b>		Desnutrição
<b>Necessidade Energética Total</b>		2.240 Kcal
<b>Necessidade Proteica Total</b>		84g



## Ficha de Avaliação e Evolução em Terapia Nutricional

Nome	SANTA CASA RIO PRETO FLAVIO ANDRE BRAZOLIN		SENHA
Data c	Mãe: ROSA APARECIDA NARTES BRAZOLIN		Sexo: Quarto - Leito: 615-B
Médic	Nome Social: Méd. ROGERIO DEL ARCO	4390249 Nasc: 10/10/1972 Id: 52	
Data c	Conv. SIH - SUS INTERNACAO	Sexo: M Leito: 615-B	Convênio: SUS
Dt. At.: 13/09/24 Hora: 21:21 Pront. 896943 INTERNACAO		Hipótese Diagnóstico/Antecedentes: Sequela de AVC por aneurisma cerebral nato	
Avaliação Nutricional		Data: 14/10/24	
Condição Física			
Dieta Via Oral		<input type="checkbox"/> Deambula <input checked="" type="checkbox"/> Acamado(a)	
		<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Dieta: _____	
Complemento Nutricional Oral		<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Complemento: _____	
Dieta Enteral		<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Dieta: Nutrisource 601.5 Volume: 30 ml/h	
Complemento Nutricional Enteral		<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Complemento: Lactico 150g/ 2x1 dia	
Alergia ou intolerância alimentar		Qual: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Alteração Apetite		<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Disfagia		<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Vômitos		<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Evacuação		<input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Obstipação	
Lado Medido		<input type="checkbox"/> Direito <input checked="" type="checkbox"/> Esquerdo <i>Normal</i>	
Altura do Joelho (AJ)			
Circunferência da Panturrilha (CP)		50 cm	
Circunferência do Braço (CB)		32 cm	
Dobra Cutânea Tricipital (PCT)		28 cm	
Peso Habitual			
Estatura		<input checked="" type="checkbox"/> Estimada <input type="checkbox"/> Mensurada	
Peso Atual		<input checked="" type="checkbox"/> Estimada <input type="checkbox"/> Mensurada	
IMC		1.63 m 61 Kg	
Peso Ideal		23 Kg/m <sup>2</sup>	
% de Perda de Peso			
Diagnóstico Nutricional		Risco Nutricional	
Necessidade Energética Total		1.830 Kcal	
Necessidade Proteica Total		73g	



## Ficha de Avaliação e Evolução em Terapia Nutricional

Nome: SANTA CASA RIO PRETO  
 Mãe: LUZIA GOMES PIOVESAN  
 Nome Social: 4412910  
 Médica: CARLA M RODRIGUES Nasc: 05/09/1950 Id: 74  
 Conv. SIH - SUS INTERNACAO Sexo: F Leito: 807-A  
 Dt. At.: 09/10/24 Hora: 14:59 Pront.: 1108611 INTERNACAO

Sexo: Quarto - Leito: 807 - A

Convênio: SUS

Hipótese Diagnóstico/Antecedentes: *Neftropatia / Hipertensão*

Avaliação Nutricional		Data: <i>09/10/24</i>
Condição Física		
Dieta Via Oral	( ) Sim (X) Não	( ) Deambula (X) Acamado(a)
Complemento Nutricional Oral	( ) Sim (X) Não	Dieta: _____
Dieta Enteral	(X) Sim ( ) Não	Dieta: <i>Formulação Energy</i> Volume: <i>200ml 6x/dia</i>
Complemento Nutricional Enteral	( ) Sim (X) Não	Complemento: _____
Alergia ou intolerância alimentar	Qual: _____	( ) Sim (X) Não
Alteração Apetite		(X) Sim ( ) Não
Disfagia		( ) Sim (X) Não
Vômitos		( ) Sim (X) Não
Evacuação		( ) Diarreia ( ) Obstipação
Lado Medido		( ) Direito <i>Normal</i> ( ) Esquerdo
Altura do joelho (AJ)		
Circunferência da Panturrilha (CP)		
Circunferência do Braço (CB)		
Dobra Cutânea Tricipital (PCT)		
Peso Habitual		
Estatura	( ) Estimada (X) Mensurada	
Peso Atual	( ) Estimada <i>1.60m</i> (X) Mensurada	
IMC		<i>40 Kg</i>
Peso Ideal		<i>16 Kg / m<sup>2</sup></i>
% de Perda de Peso		
Diagnóstico Nutricional		<i>Desnutrido</i>
Necessidade Energética Total		<i>1.600 Kcal</i>
Necessidade Proteica Total		<i>60g</i>



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
COOPERATIVISMO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



00907 - CENSO DIETAS  
DATA - 14/10/2024 ate 14/10/2024 . PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N. CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO)-50001059,50000822,50001111...J  
CODIGO DO SETOR (CENTRO DE CUSTO) PREDOMINANTE-000198,000004,000188,00011...J

NOME: ANA MARIA VETTORETTI

ATENDEMENTO: 4414615 NOME: ANA MARIA VETTORETTI CONV: SIH DATA NASC: 06/05/1947 LEITO: 614-A SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MEDICO DIEGO STEFANI BIZINOTO DESCRICAO DIETA ENTERAL PADRONIZADA OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT N

NOME: CLEIDE MANDELLI SARMENTO AFONSO DA SILVA

ATENDEMENTO: 4415430 NOME: CLEIDE MANDELLI SARMENTO AFONSO DA SILVA CONV: SIH DATA NASC: 10/05/1964 LEITO: 618-A SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MEDICO 347375 DESCRICAO DIETA ENTERAL PADRONIZADA OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT N

NOME: DANIEL PEREIRA DE SOUZA

ATENDEMENTO: 4411965 NOME: DANIEL PEREIRA DE SOUZA CONV: SIH DATA NASC: 23/12/1950 LEITO: 611-B SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MEDICO 346883 LUCIANA MANSUR PINTO BORGES DESCRICAO NOVASOURCE GC 1.5 OBSERVAÇÕES 40 ML/H SNE PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT N

NOME: DURVALINA FERREIRA

ATENDEMENTO: 4403240 NOME: DURVALINA FERREIRA CONV: SIH DATA NASC: 13/11/1944 LEITO: 403-B SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MEDICO 347080 GUILHERME GUILMO DE OLIVEIRA DESCRICAO FRESUBIN ENERGY OBSERVAÇÕES 40ML/H PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT N

NOME: EDSON DO AMARAL BARRETO

ATENDEMENTO: 4405750 NOME: EDSON DO AMARAL BARRETO CONV: SIH DATA NASC: 30/11/1969 LEITO: 609-A SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MEDICO 346793 RODRIGO CARREIRA GERALDE DESCRICAO NOVASOURCE GC 1.5 OBSERVAÇÕES 20 ML/H SNE PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT N

NOME: ELIANA APARECIDA MARQUES DOS SANTOS

Impressão por: MALISA



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

COMISSÃO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



DATA - 14/10/2024 ate 14/10/2024 , PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N, CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO)-50001059,50000822,5000111[...]  
 CODIGO DO SETOR (CENTRO DE CUSTO) PREDOMINANTE-000198,000004,000188,0001[...]  
 ATENDIMENT: 4412910 NOME: NEUZA PIOVESAN

00907 - CENSO DIETAS

PRESCRIÇÃO	MÉDICO	346649	CARLA MARIA RODRIGUES DE CARVALHO	DIETA ENTERAL PADRONIZADA	CONV: SIH	DATA NASC: 05/09/1950	LEITO: 807-A	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT	SETOR: UNI
NOME: ODAIR PRATES TEIXEIRA										

PRESCRIÇÃO	MÉDICO	346815	APARECIDO PEREIRA NETO	FRESUBIN ENERGY	CONV: SIH	DATA NASC: 20/09/1974	LEITO: 615-A	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT	SETOR: UNI
NOME: SEBASTIANA NOGUEIRA DE OLIVEIRA										

PRESCRIÇÃO	MÉDICO	346841	LUCIANA MANSUR PINTO BORGES	NOVASOURCE GC 1.5	CONV: SIH	DATA NASC: 03/04/1950	LEITO: 812-A	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT	SETOR: UNI
NOME: SEBASTIAO CLEMENTE FERNANDES										

PRESCRIÇÃO	MÉDICO	346658	DIEGO STEFANI BIZINOTO	FRESUBIN ENERGY	CONV: SIH	DATA NASC: 19/01/1942	LEITO: 605-A	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT	SETOR: UNI
NOME: VANDA DA COSTA RUIZ										

PRESCRIÇÃO	MÉDICO	346896	LUCIANA MANSUR PINTO BORGES	NOVASOURCE GC 1.5	CONV: SIH	DATA NASC: 23/05/1952	LEITO: 809-A	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT	SETOR: UNI
NOME: WESLEY PEREIRA DA SILVA										

ATENDIMENT:	4409682	NOME:	WESLEY PEREIRA DA SILVA	CONV:	SIH	DATA NASC:	17/03/1994	LEITO:	607-A	SETOR:	UNI
-------------	---------	-------	-------------------------	-------	-----	------------	------------	--------	-------	--------	-----



## Ficha de Avaliação e Evolução em Terapia Nutricional

Nome: SANTA CASA RIO PRETO  
 ANA MARIA VETTORETTI  
 Data d: Mãe: ANTONIA ROCCO VETTORETTI  
 Nome Social: 4414615  
 Médico: Méd DIEGO STEFANI BIZINO Nasc 06/05/1947 Id: 77  
 Conv. SIM - SUS INTERNACAO Sexo: F Leito 614-A  
 Data d: Dt. At.: 11/10/24 Hora: 10:25 Pront. 250058 INTERNACAO  
 Hipótese Diagnóstico/Antecedentes: PNM / confusão mental  
 Sexo: Quarto - Leito: 614-A  
 Convênio: 605

Avaliação Nutricional		Data: <u>15/10/24</u>
Condição Física		
Dieta Via Oral	( ) Deambula (X) Acamado(a)	
Complemento Nutricional Oral	( ) Sim (X) Não	Dieta: _____
Dieta Enteral	( ) Sim (X) Não	Complemento: _____
Complemento Nutricional Enteral	(X) Sim ( ) Não	Dieta: <u>Isomulin Energy</u> Volume: <u>200 ml 1x/dia</u>
Alergia ou intolerância alimentar	( ) Sim (X) Não	Complemento: _____
Alteração Apetite	Qual: _____	( ) Sim (X) Não
Disfagia	(X) Sim ( ) Não	
Vômitos	( ) Sim (X) Não	
Evacuação	( ) Diarreia ( ) Obstipação	
Lado Medido	( ) Direito (X) Esquerdo	<u>Normal</u>
Altura do Joelho (AJ)		
Circunferência da Panturrilha (CP)		<u>48 cm</u>
Circunferência do Braço (CB)		<u>28 cm</u>
Dobra Cutânea Tricipital (PCT)		<u>24 cm</u>
Peso Habitual		
Estatura	(X) Estimada ( ) Mensurada	
Peso Atual	(X) Estimada ( ) Mensurada	<u>1.54 m</u>
IMC		<u>51 Kg</u>
Peso Ideal		<u>22 Kg/m<sup>2</sup></u>
% de Perda de Peso		
Diagnóstico Nutricional		<u>Risco Nutricional</u>
Necessidade Energética Total		<u>1.785 Kcal</u>
Necessidade Proteica Total		<u>77g</u>



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
COMPLEXO HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



00907 - CENSO DIETAS  
DATA - 15/10/2024 ate 15/10/2024 . PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N . CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO)-50001059;50000822;50001111.]  
CODIGO DO SETOR (CENTRO DE CUSTO) PREDOMINANTE-000198;000004;000188;0001.]

ATENDIMENT: 4414615

NOME: ANA MARIA VETTORETTI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

347628 DIEGO STEFANI BIZINOTO

DIETA ENTERAL PADRONIZADA

NOME: CLEIDE MANDELLI SARMENTO AFONSO DA SILVA

CONV: SIH DATA NASC: 06/05/1947

LEITO: 614-A

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT  
N

ATENDIMENT: 4415430

NOME: CLEIDE MANDELLI SARMENTO AFONSO DA SILVA

PRESCRIÇÃO MÉDICO

347541 APARECIDO PEREIRA NETO  
348017 ANA RACHEL DE OLIVEIRA VERMEJO

FRESUBIN ENERGY  
FRESUBIN ENERGY

NOME: DANIEL PEREIRA DE SOUZA

CONV: SIH DATA NASC: 10/05/1964

LEITO: 610-A

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT  
N

ATENDIMENT: 4411965

NOME: DANIEL PEREIRA DE SOUZA

PRESCRIÇÃO MÉDICO

347782 APARECIDO PEREIRA NETO

NOVASOURCE GC 1.5

NOME: DURVALINA FERREIRA

CONV: SIH DATA NASC: 23/12/1950

LEITO: 611-B

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT  
N

ATENDIMENT: 4403240

NOME: DURVALINA FERREIRA

PRESCRIÇÃO MÉDICO

347912 RAYSSA MARCOSKI RODRIGUES DE ALMEIDA

FRESUBIN ENERGY

NOME: EDSON DO AMARAL BARRETO

CONV: SIH DATA NASC: 13/11/1944

LEITO: 403-B

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT  
N

ATENDIMENT: 4405750

NOME: EDSON DO AMARAL BARRETO

PRESCRIÇÃO MÉDICO

348026 ANA RACHEL DE OLIVEIRA VERMEJO

NOVASOURCE GC 1.5

NOME: EDSON DO AMARAL BARRETO

CONV: SIH DATA NASC: 30/11/1969

LEITO: 609-A

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT  
N

Impresso por: NATIA



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
COMROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



DATA - 15/10/2024 ate 15/10/2024 . PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N. CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO)-50001059.50000822.50001111...]  
 CODIGO DO SETOR (CENTRO DE CUSTO) PREDOMINANTE-000198.000004.000188.0001...]  
 ATENDIMENT: 4412910 NOME: NEUZA PIONESAN

00907 - CENSO DIETAS

PRESCRIÇÃO MÉDICO	347604	CARLA MARIA RODRIGUES DE CARVALHO	DIETA ENTERAL PADRONIZADA	CONV: SIH	DATA NASC: 05/09/1950	LEITO: 807-A	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT	SETOR: UNI
				OBSERVAÇÕES			N		

ATENDIMENT: 4398548 NOME: ODAIR PRATES TEIXEIRA

PRESCRIÇÃO MÉDICO	347800	MARIA ADRIANA ALMEIDA DA COSTA LIMA	FRESUBIN ENERGY	CONV: SIH	DATA NASC: 20/09/1974	LEITO: 615-A	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT	SETOR: UNI
				OBSERVAÇÕES	A 40 ML/H POR SNE		N		

ATENDIMENT: 4404435 NOME: SEBASTIANA NOGUEIRA DE OLIVEIRA

PRESCRIÇÃO MÉDICO	347710	APARECIDO PEREIRA NETO	NOVASOURCE GC 1.5	CONV: SIH	DATA NASC: 03/04/1950	LEITO: 812-A	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT	SETOR: UNI
				OBSERVAÇÕES	40 ML/H SNE		N		

ATENDIMENT: 4396192 NOME: SEBASTIAO CLEMENTE FERNANDES

PRESCRIÇÃO MÉDICO	347631	DIEGO STEFANI BIZINOTO	FRESUBIN ENERGY	CONV: SIH	DATA NASC: 19/01/1942	LEITO: 605-A	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT	SETOR: UNI
				OBSERVAÇÕES	30 ML/H SNE		N		

ATENDIMENT: 4415255 NOME: VANDA DA COSTA RUIZ

PRESCRIÇÃO MÉDICO	347820	APARECIDO PEREIRA NETO	NOVASOURCE GC 1.5	CONV: SIH	DATA NASC: 23/05/1952	LEITO: 809-A	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT	SETOR: UNI
				OBSERVAÇÕES	40 ML/H SNE		N		

Impressão por MATISA



## Ficha de Avaliação e Evolução em Terapia Nutricional

Nome:	SANTA CASA RIO PRETO DANIEL PEREIRA DE SOUZA	SENHA	
Data de	Mãe: CELESTE DE PELLE		Sexo: Quarto - Leito: 611-B
Médico	Nome Social: 4411965 MÉDSTER ZEITUNI Nasc23/12/1950 Id: 73		
Data de	Conv.SIH - SUS INTERNACAO Sexo: M Leito611-B Dt.At.: 09/10/24 Hora00:18 Pront.54641 INTERNACAO		Convênio: SUS
Hipótese Diagnóstico/Antecedentes:	Influenza / IC descompensada? PDPOC exacerbada? / DM IAJC		
Avaliação Nutricional			Data: 16/10/24
Condição Física			( ) Deambula (x) Acamado(a)
Dieta Via Oral	( ) Sim (x) Não	Dieta:	
Complemento Nutricional Oral	( ) Sim (x) Não	Complemento:	
Dieta Enteral	(x) Sim ( ) Não	Dieta: <u>Nutrisource GC1 5</u>	Volume: <u>40 ml/h</u>
Complemento Nutricional Enteral	(x) Sim ( ) Não	Complemento:	<u>Frutalica 150g/dia</u>
Alergia ou intolerância alimentar	Qual:	( ) Sim (x) Não	
Alteração Apetite		(x) Sim ( ) Não	
Disfagia		( ) Sim (x) Não	
Vômitos		( ) Sim (x) Não	
Evacuação		( ) Diarreia ( ) Obstipação	
Lado Medido		( ) Direito (x) Esquerdo	<u>Normal</u>
Altura do joelho (AJ)			<u>53 cm</u>
Circunferência da Panturrilha (CP)			<u>30 cm</u>
Circunferência do Braço (CB)			<u>30 cm</u>
Dobra Cutânea Tricipital (PCT)			
Peso Habitual			
Estatura		(x) Estimada ( ) Mensurada	
Peso Atual		(x) Estimada ( ) Mensurada	<u>1.68m</u>
IMC			<u>75 Kg</u>
Peso Ideal			<u>28 Kg/m<sup>2</sup></u>
% de Perda de Peso			
Diagnóstico Nutricional			<u>Risco Nutricional</u>
Necessidade Energética Total			<u>2.400 Kcal</u>
Necessidade Proteica Total			<u>90g</u>



R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



00907 - CENSO DIETAS  
 DATA - 16/10/2024 até 16/10/2024 , PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N , CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO)-50001059,50000822,50001111. ]  
 CODIGO DO SETOR (CENTRO DE CUSTO) PREDOMINANTE-000198,000004,000188,00011. ]

NOME: ANA MARIA VETTORETTI

ATENDIMENT: 4414615

NOME: ANA MARIA VETTORETTI

CONV: SIH DATA NASC: 06/05/1947

LEITO: 614-A

SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

348518 DIEGO STEFANI BIZINOTO

DIETA ENTERAL PADRONIZADA

OBSERVAÇÕES

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

NOME: CLEIDE MANDELLI SARMENTO AFONSO DA SILVA

ATENDIMENT: 4415438

NOME: CLEIDE MANDELLI SARMENTO AFONSO DA SILVA

CONV: SIH DATA NASC: 18/05/1964

LEITO: 618-A

SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

348787 ANA RACHEL DE OLIVEIRA VERMEJO

FRESUBIN ENERGY

OBSERVAÇÕES

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

NOME: DANIEL PEREIRA DE SOUZA

ATENDIMENT: 4411965

NOME: DANIEL PEREIRA DE SOUZA

CONV: SIH DATA NASC: 23/12/1958

LEITO: 611-B

SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

348784 APARECIDO PEREIRA NETO

NOVASOURCE GC 1.5

OBSERVAÇÕES

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

NOME: DURVALINA FERREIRA

ATENDIMENT: 4403240

NOME: DURVALINA FERREIRA

CONV: SIH DATA NASC: 13/11/1944

LEITO: 403-B

SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

348737 ANANDA VITORIA BARROS SUZUKI DAMASCENO

FRESUBIN ENERGY

OBSERVAÇÕES

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

NOME: EDSON DO AMARAL BARRETO

ATENDIMENT: 4405750

NOME: EDSON DO AMARAL BARRETO

CONV: SIH DATA NASC: 30/11/1969

LEITO: 609-A

SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

348735 ANA RACHEL DE OLIVEIRA VERMEJO

NOVASOURCE GC 1.5

OBSERVAÇÕES

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

NOME: ELIANA APARECIDA MARQUES DOS SANTOS

Impressão por MS103



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
COPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR



R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500

00907 - CENSO DIETAS  
DATA - 16/10/2024 ate 16/10/2024 - PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N. CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO): 50001059,50000822,5000111[...]  
CODIGO DO SETOR (CENTRO DE CUSTO) PREDOMINANTE: 000198,000004,000188,0001[...]

PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
348472	CARLA MARIA RODRIGUES DE CARVALHO	DIETA ENTERAL PADRONIZADA		N	
NOME: ODAIR PRATES TEIXEIRA					
ATENDIMENT: 4398548		NOME: ODAIR PRATES TEIXEIRA	CONV: SIH DATA NASC: 20/09/1974	LEITO: 615-A	SETOR: UNI
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
348618	EDUARDO MAYRHOFFER SARGI	FRESUBIN ENERGY	A 40 ML/H POR SNE	N	
NOME: SEBASTIANA NOGUEIRA DE OLIVEIRA					
ATENDIMENT: 4404435		NOME: SEBASTIANA NOGUEIRA DE OLIVEIRA	CONV: SIH DATA NASC: 03/04/1950	LEITO: 812-A	SETOR: UNI
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
348605	APARECIDO PEREIRA NETO	NOVASOURCE GC 1.5	40 ML/H SNE	N	
NOME: SEBASTIAO CLEMENTE FERNANDES					
ATENDIMENT: 4396192		NOME: SEBASTIAO CLEMENTE FERNANDES	CONV: SIH DATA NASC: 19/01/1942	LEITO: 605-A	SETOR: UNI
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
348521	DIEGO STEFANI BIZINOTO	FRESUBIN ENERGY	30 ML/H SNE	N	
NOME: VANDA DA COSTA RUIZ					
ATENDIMENT: 4415255		NOME: VANDA DA COSTA RUIZ	CONV: SIH DATA NASC: 23/05/1952	LEITO: 809-A	SETOR: UNI
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
348831	APARECIDO PEREIRA NETO	NOVASOURCE GC 1.5	40 ML/H SNE	N	

Impresso por: MAISA



## Ficha de Avaliação e Evolução em Terapia Nutricional


**Nome:** SANTA CASA RIO PRETO  
**Data de:** CLEIDE MANDELLI SARMENTO AFONSO DA S  
**Médico:** Mãe: AUGUSTA MANDELLI SARMENTO AFONSO  
 Nome Social: MÉDIEGO STEFANI BIZINO 4415430  
 Conv. SIH - SUS INTERNACAO Nasc: 10/05/1964 Id: 60  
 DL. At.: 13/10/24 Hora: 09:07 Pront. 887425 INTERNACAO Sexo: F Leito: 610-A  
**Hipótese Diagnóstico/Antecedentes:** YCR *verificada* / *insuficiência respiratória aguda* / *TEP* / *DPOC* / *brônquopneumonia*  
**Convênio:** SUS

<b>Avaliação Nutricional</b>	Data: 17/10/24	
<b>Condição Física</b>		
<b>Dieta Via Oral</b>	( ) Deambula	(X) Acamado(a)
<b>Complemento Nutricional Oral</b>	( ) Sim (X) Não	Dieta: _____
<b>Dieta Enteral</b>	( ) Sim (X) Não	Complemento: _____
<b>Complemento Nutricional Enteral</b>	(X) Sim ( ) Não	Dieta: <i>Ensurubim Energy</i> Volume: <i>40 ml/h</i>
<b>Alergia ou intolerância alimentar</b>	(X) Sim ( ) Não	Complemento: <i>Insulina 30q/1x/dia</i>
<b>Alteração Apetite</b>	Qual: _____	( ) Sim (X) Não
<b>Disfagia</b>	( ) Sim	(X) Não
<b>Vômitos</b>	( ) Sim	(X) Não
<b>Evacuação</b>	( ) Diarreia	(X) Obstipação
<b>Lado Medido</b>	( ) Direito	(X) Esquerdo
<b>Altura do joelho (AJ)</b>		
<b>Circunferência da Panturrilha (CP)</b>	48 cm	
<b>Circunferência do Braço (CB)</b>	28 cm	
<b>Dobra Cutânea Tricipital (PCT)</b>	24 cm	
<b>Peso Habitual</b>		
<b>Estatura</b>	(X) Estimada	( ) Mensurada
<b>Peso Atual</b>	(X) Estimada	( ) Mensurada
<b>IMC</b>	51 Kg	
<b>Peso Ideal</b>	22 Kg/m <sup>2</sup>	
<b>% de Perda de Peso</b>		
<b>Diagnóstico Nutricional</b>	Risco Nutricional	
<b>Necessidade Energética Total</b>	1.785 Kcal	
<b>Necessidade Proteica Total</b>	77g	



## Ficha de Avaliação e Evolução em Terapia Nutricional

SENHA

Nome: SANTA CASA RIO PRETO  
 ADELAIDE COVRE BACHINI  
 Mãe: MARIA DEZANETTI COVRE  
 Nome Social:  4414130  
 Médico: Méd. MARIA FERNANDA M. TR Nasc: 20/05/1946 Id: 78  
 Conv. SIH - SUS INTERNACAO Sexo: F Leito: 619-B  
 Data d: Dt. At.: 10/10/24 Hora: 18:34 Pront. 727904 INTERNACAO  
 Sexo: Quarto - Leito: 619-B  
 Convênio: SUS

Hipótese Diagnóstico/Antecedentes: 3: PO LE com calcistectomia + drenagem de abscesso  
 subfrenica / colecistite aguda / HAS / DM

Avaliação Nutricional Data: 07/10/24

Condição Física	( ) Deambula (X) Acamado(a)
Dieta Via Oral	( ) Sim (X) Não Dieta: _____
Complemento Nutricional Oral	( ) Sim (X) Não Complemento: _____
Dieta Enteral	(X) Sim ( ) Não Dieta: <u>Injeção Energy</u> Volume: <u>30 ml/h</u>
Complemento Nutricional Enteral	( ) Sim (X) Não Complemento: _____
Alergia ou intolerância alimentar	( ) Sim (X) Não Qual: _____
Alteração Apetite	(X) Sim ( ) Não
Disfagia	( ) Sim (X) Não
Vômitos	( ) Sim (X) Não
Evacuação	(X) Diarreia ( ) Obstipação
Lado Medido	( ) Direito (X) Esquerdo
Altura do joelho (AJ)	
Circunferência da Panturrilha (CP)	43 cm
Circunferência do Braço (CB)	26 cm
Dobra Cutânea Tricipital (PCT)	26 cm
Peso Habitual	
Estaturo	(X) Estimada ( ) Mensurada
Peso Atual	(X) Estimada 1.50 m ( ) Mensurada
IMC	58 Kg
Peso Ideal	23 Kg / m <sup>2</sup>
% de Perda de Peso	
Diagnóstico Nutricional	Risco Nutricional
Necessidade Energética Total	1.785 Kcal
Necessidade Proteica Total	61g



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



DATA - 17/10/2024 ate 17/10/2024 , PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N , CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO)-50001059,50000822,5000111[...]  
 CODIGO DO SETOR (CENTRO DE CUSTO) PREDOMINANTE-000198,000004,000188,0001[...]

NOME: ADELAIDE COVRE BACHINI

ATENDIMENT: 4414130

NOME: ADELAIDE COVRE BACHINI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

349643

DESCRIÇÃO

DIETA ENTERAL PADRONIZADA

CONV: SIH DATA NASC: 20/05/1946

OBSERVAÇÕES

DIETA ENTERAL / SNE / 30ML/HORA

LEITO: 619-B

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

SETOR: UNI

ATENDIMENT: 4414615

NOME: ANA MARIA VETTORETTI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

349465

DESCRIÇÃO

DIETA ENTERAL PADRONIZADA

CONV: SIH DATA NASC: 06/05/1947

OBSERVAÇÕES

LEITO: 614-A

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

SETOR: UNI

ATENDIMENT: 4415430

NOME: CLEIDE MANDELLI SARMENTO AFONSO DA SILVA

PRESCRIÇÃO MÉDICO

349721

DESCRIÇÃO

FRESUBIN ENERGY

CONV: SIH DATA NASC: 10/05/1964

OBSERVAÇÕES

40 ML/H SNE

LEITO: 618-A

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

SETOR: UNI

ATENDIMENT: 4411965

NOME: DANIEL PEREIRA DE SOUZA

PRESCRIÇÃO MÉDICO

349662

DESCRIÇÃO

NOVASOURCE GC 1.5

CONV: SIH DATA NASC: 23/12/1950

OBSERVAÇÕES

40 ML/H SNE

LEITO: 611-B

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

SETOR: UNI

ATENDIMENT: 4403240

NOME: DURVALINA FERREIRA

PRESCRIÇÃO MÉDICO

349434

DESCRIÇÃO

FRESUBIN ENERGY

CONV: SIH DATA NASC: 13/11/1944

OBSERVAÇÕES

40ML/H

LEITO: 403-B

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

SETOR: UNI

NOME: EDSON DO AMARAL BARRETO

Imprimido por: HAUSA



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
COMROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR



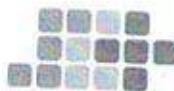
R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500

DATA - 17/10/2024 ate 17/10/2024 . PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N. CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO)-50001059.500000822.50001111...]  
CODIGO DO SETOR (CENTRO DE CUSTO) PREDOMINANTE-000198.0000004.000188.00011...]

00907 - CENSO DIETAS

PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	CONV: SIH	DATA NASC:	LEITO:	MOTIVO CANCELAMENTO	SETOR:
349548	NEUZA MARGARIDA FERREIRA	DIETA ENTERAL PADRONIZADA						
ATENDDIMENT: 4415492 NOME: NEUZA MARGARIDA FERREIRA								
349679	ANA RACHEL DE OLIVEIRA VERMEJO	FRESUBIN ENERGY						
ATENDDIMENT: 4412910 NOME: NEUZA PIOVESAN								
349404	CARLA MARIA RODRIGUES DE CARVALHO	DIETA ENTERAL PADRONIZADA						
ATENDDIMENT: 4398548 NOME: ODAIR PRATES TEIXEIRA								
349407	CARLOS EDUARDO GRASSI MAZZETTO	FRESUBIN ENERGY						
ATENDDIMENT: 4412153 NOME: RUDINEI PAULO ALVES								
349543	MIGUEL AUGUSTO RODRIGUES DEL PINO	NOVASOURCE GC 1.5						
ATENDDIMENT: 4404435 NOME: SEBASTIANA NOGUEIRA DE OLIVEIRA								
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	CONV: SIH	DATA NASC:	LEITO:	MOTIVO CANCELAMENTO	SETOR:
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	CONV: SIH	DATA NASC:	LEITO:	MOTIVO CANCELAMENTO	SETOR:
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	CONV: SIH	DATA NASC:	LEITO:	MOTIVO CANCELAMENTO	SETOR:
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	CONV: SIH	DATA NASC:	LEITO:	MOTIVO CANCELAMENTO	SETOR:

Impresso por NAUSA



## Ficha de Avaliação e Evolução em Terapia Nutricional

**Nome:** SANTA CASA RIO PRETO  
**Nome Social:** JOAQUIM CANDIDO FERREIRA  
**Mãe:** MARIA THERESA FERREIRA  
**Médico:** MEdESTER ZEITUNI  
**Conv. SIH - SUS INTERNACAO:** Dt. At.: 17/10/24 Hora: 20:12 Pront. 788202 INTERNACAO  
**Sexo:** Quarto - Leito: 609-B  
**Convênio:** SUS  
**Hipótese Diagnóstico/Antecedentes:** AVC na hemisfério a @ / Semilidade / HAS

<b>Avaliação Nutricional</b>		<b>Data:</b> 18/10/24
<b>Condição Física</b>		( ) Deambula (x) Acamado(a)
<b>Dieta Via Oral</b>	( ) Sim (x) Não	Dieta: _____
<b>Complemento Nutricional Oral</b>	( ) Sim (x) Não	Complemento: _____
<b>Dieta Enteral</b>	(x) Sim ( ) Não	Dieta: <u>Amulim Energy</u> Volume: <u>220 ml / 6x / dia</u>
<b>Complemento Nutricional Enteral</b>	( ) Sim (x) Não	Complemento: _____
<b>Alergia ou intolerância alimentar</b>	Qual: _____	( ) Sim (x) Não
<b>Alteração Apetite</b>		(x) Sim ( ) Não
<b>Disfagia</b>		(x) Sim ( ) Não
<b>Vômitos</b>		( ) Sim (x) Não
<b>Evacuação</b>		( ) Diarreia (x) Obstipação
<b>Lado Medido</b>		( ) Direito ( ) Esquerdo
<b>Altura do joelho (AJ)</b>		
<b>Circunferência da Panturrilha (CP)</b>		
<b>Circunferência do Braço (CB)</b>		
<b>Dobra Cutânea Tricipital (PCT)</b>		
<b>Peso Habitual</b>		
<b>Estatura</b>	( ) Estimada (x) Mensurada	1.80 m
<b>Peso Atual</b>	( ) Estimada (x) Mensurada	70 Kg
<b>IMC</b>		22 Kg/m <sup>2</sup>
<b>Peso Ideal</b>		
<b>% de Perda de Peso</b>		
<b>Diagnóstico Nutricional</b>		Risco Nutricional
<b>Necessidade Energética Total</b>		2.500 Kcal
<b>Necessidade Proteica Total</b>		84g



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



DATA - 18/10/2024 ate 18/10/2024 - PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N, CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO)-50001059, 50000822, 50001111...]  
CODIGO DO SETOR (CENTRO DE CUSTO) PREDOMINANTE-000198,000004,000188,0001...]

00907 - CENSO DIETAS

NOME: ADELAIDE COVRE BACHINI

ATENDIMENTO: 4414130

NOME: ADELAIDE COVRE BACHINI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

CONV: SIH DATA NASC: 28/05/1946

DESCRIÇÃO

OBSERVAÇÕES

LEITO: 619-B

SETOR: UNI

350596

NOME: CLEIDE MANDELLI SARMENTO AFONSO DA SILVA

ATENDIMENTO: 4415430

NOME: CLEIDE MANDELLI SARMENTO AFONSO DA SILVA

PRESCRIÇÃO MÉDICO

CONV: SIH DATA NASC: 18/05/1964

DESCRIÇÃO

OBSERVAÇÕES

LEITO: 610-A

SETOR: UNI

NOME: ANA RACHEL DE OLIVEIRA VERMEJO

NOME: DANIEL PEREIRA DE SOUZA

ATENDIMENTO: 4411965

NOME: DANIEL PEREIRA DE SOUZA

PRESCRIÇÃO MÉDICO

CONV: SIH DATA NASC: 23/12/1950

DESCRIÇÃO

OBSERVAÇÕES

LEITO: 611-B

SETOR: UNI

NOME: APARECIDO PEREIRA NETO

NOME: DURVALINA FERREIRA

ATENDIMENTO: 4403240

NOME: DURVALINA FERREIRA

PRESCRIÇÃO MÉDICO

CONV: SIH DATA NASC: 13/11/1944

DESCRIÇÃO

OBSERVAÇÕES

LEITO: 403-B

SETOR: UNI

NOME: AMANDA VITORIA BARROS SUZUKI DAMASCENO

NOME: EDSON DO AMARAL BARRETO

ATENDIMENTO: 4405750

NOME: EDSON DO AMARAL BARRETO

PRESCRIÇÃO MÉDICO

CONV: SIH DATA NASC: 30/11/1969

DESCRIÇÃO

OBSERVAÇÕES

LEITO: 609-A

SETOR: UNI

NOME: ANA RACHEL DE OLIVEIRA VERMEJO

NOME: ELIANA APARECIDA MARQUES DOS SANTOS

Impresso por NALISA

NOVASOURCE GC 1.5

30 ML/H SNE

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
CONVÊNIO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



DATA - 18/10/2024 ate 18/10/2024 , PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N, CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO)-50001059,50000822,5000111[...]  
00907 - CENSO DIETAS  
CODIGO DO SETOR (CENTRO DE CUSTO) PREDOMINANTE-000198,000004,000189,0001[...]

PRESCRIÇÃO MÉDICO 350644 DESCRIÇÃO DIETA ENTERAL OBSERVAÇÕES PROTEICA PRESCRIÇÃO CANCELADA N MOTIVO CANCELAMENT

NOME: MARIA DAS GRACAS BRANDAO DOS SANTOS

ATENDIMENT: 4420678 NOME: MARIA DAS GRACAS BRANDAO DOS SANTOS CONV: SIH DATA NASC: 28/02/1948 LETTO: 401-B SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO 350820 DESCRIÇÃO DIETA ENTERAL OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA N MOTIVO CANCELAMENT

350901 LUCIANA MANSUR PINTO BORGES NOVASOURCE GC 1.5 N  
350914 LUCIANA MANSUR PINTO BORGES NOVASOURCE GC 1.5 20 ML/H SNE - SUSPENSO ATE 2A ORDE N  
20 ML/H SNE - SUSPENSO ATE 2A ORDE N

NOME: NEUZA MARGARIDA FERREIRA

ATENDIMENT: 4415492 NOME: NEUZA MARGARIDA FERREIRA CONV: SIH DATA NASC: 07/06/1953 LETTO: 803-A SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO 350542 DESCRIÇÃO DIETA ENTERAL OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA N MOTIVO CANCELAMENT

350542 ANA RACHEL DE OLIVEIRA VERHEJO FRESUBIN ENERGY 20 ML/H SNE N

NOME: NEUZA PIOVESAN

ATENDIMENT: 4412910 NOME: NEUZA PIOVESAN CONV: SIH DATA NASC: 05/09/1950 LETTO: 807-A SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO 350269 DESCRIÇÃO DIETA ENTERAL OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA N MOTIVO CANCELAMENT

350269 CARLA MARIA RODRIGUES DE CARVALHO DIETA ENTERAL PADRONIZADA N

NOME: ODAIR PRATES TEIXEIRA

ATENDIMENT: 4398548 NOME: ODAIR PRATES TEIXEIRA CONV: SIH DATA NASC: 20/09/1974 LETTO: 615-A SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO 350368 DESCRIÇÃO DIETA ENTERAL OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA N MOTIVO CANCELAMENT

350368 EDUARDO MAVRHOFFER SARGI FRESUBIN ENERGY A 40 ML/H POR SNE N

NOME: RAQUEL ALBUQUERQUE GUEDES

ATENDIMENT: 4419943 NOME: RAQUEL ALBUQUERQUE GUEDES CONV: SIH DATA NASC: 23/11/1973 LETTO: 404-B SETOR: UNI

Impressão por MATISA

LGPD: Relatório pode conter dados pessoais e/ou sensíveis, recomenda-se a destruição após o uso



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



DATA - 18/10/2024 ate 18/10/2024 - PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N - CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO)-5000:059,500008822,5000111[-J]  
CODIGO DO SETOR (CENTRO DE CUSTO) PREDOMINANTE-000198,0000004,000198,0901[-J]

PRESCRIÇÃO	MEDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
350275	ESTER CRISTINA DE ALMEIDA ZEITUNI	DIETA ENTERAL PADRONIZADA		N	

Impressão por MATISA



### Ficha de Avaliação e Evolução em Terapia Nutricional

Nome:	SANTA CASA RIO PRETO ALTAMIR LANIS	SENHA	
Data de	Mãe: MARIATITA CHERVENKA LANIS		Sexo: Quarto - Leito: 906-A
Médico	Nome Social: 4421221 MédANA RACHEL VERMEJO	Nasc: 31/08/1967 Id: 57	
Data de	Conv. SIH - SUS INTERNACAO	Sexo: M Leito: 906-A	Convênio: SUS
	Dt. At.: 20/10/24	Hora: 04:50 Pront. 941800 INTERNACAO	
Hipótese Diagnóstico/Antecedentes:	Var ICR / Abaque cardiogênica / IAM S / SST		
Avaliação Nutricional		Data:	20/10/24
Condição Física		<input type="checkbox"/> Deambula	<input checked="" type="checkbox"/> Acamado(a)
Dieta Via Oral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Dieta:	_____
Complemento Nutricional Oral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Complemento:	_____
Dieta Enteral	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Dieta:	Neosource GCL 5 Volume: 30ml/d
Complemento Nutricional Enteral	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Complemento:	Protica 30g/lx/dia
Alergia ou intolerância alimentar	Qual: _____	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
Alteração Apetite		<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
Disfagia		<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
Vômitos		<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
Evacuação		<input checked="" type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Obstipação
Lado Medido		<input type="checkbox"/> Direito	<input type="checkbox"/> Esquerdo
Altura do joelho (AJ)			
Circunferência da Panturrilha (CP)			
Circunferência do Braço (CB)			
Dobra Cutânea Tricipital (PCT)			
Peso Habitual			
Estatura		<input type="checkbox"/> Estimada	<input checked="" type="checkbox"/> Mensurada
Peso Atual		<input type="checkbox"/> Estimada	<input checked="" type="checkbox"/> Mensurada
IMC			1.60m 62Kg 19Kg/m <sup>2</sup>
Peso Ideal			
% de Perda de Peso			
Diagnóstico Nutricional			Risca Nutricional
Necessidade Energética Total			1.860 Kcal
Necessidade Proteica Total			93g



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
ORGANISMO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



00907 - CENSO DIETAS

DATA: 21/10/2024 ate 21/10/2024 , PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N. CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO)-50001059,50000822,50001111.-J  
CODIGO DO SETOR (CENTRO DE CUSTO) PREDOMINANTE-000198,000004,000188,0001.-J

NOME: ADELAIDE COVRE BACHINI

ATENCIÓN: 4414130 NOME: ADELAIDE COVRE BACHINI CONV: SIH DATA NASC: 20/05/1946 LEITO: 619-B SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO EDUARDO MAYRHOFFER SANGI DESCRIÇÃO NOVASOURCE GC 1.5 OBSERVAÇÕES 30ML/H PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT

NOME: ALTAMIR LANIS

ATENCIÓN: 4421221 NOME: ALTAMIR LANIS CONV: SIH DATA NASC: 31/08/1967 LEITO: 966-A SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO MIGUEL AUGUSTO RODRIGUES DEL PINO DESCRIÇÃO NOVASOURCE GC 1.5 OBSERVAÇÕES POE SNE 30 ML/H EM BI PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT

NOME: CLEIDE WANDELLI SARMENTO AFONSO DA SILVA

ATENCIÓN: 4415430 NOME: CLEIDE WANDELLI SARMENTO AFONSO DA SILVA CONV: SIH DATA NASC: 10/05/1964 LEITO: 610-A SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO RODRIGO CARREIRA GERALDE DESCRIÇÃO FRESUBIN ENERGY OBSERVAÇÕES 40 ML/H SNE PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT

NOME: DANIEL PEREIRA DE SOUZA

ATENCIÓN: 4411965 NOME: DANIEL PEREIRA DE SOUZA CONV: SIH DATA NASC: 23/12/1950 LEITO: 611-B SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO LUCIANA MANSUR PINTO BORGES DESCRIÇÃO NOVASOURCE GC 1.5 OBSERVAÇÕES 40 ML/H SNE PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT

NOME: DELFIM ROMERO RIOS

ATENCIÓN: 4421161 NOME: DELFIM ROMERO RIOS CONV: SIH DATA NASC: 11/04/1948 LEITO: 611-A SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO ESTER CRISTINA DE ALMEIDA ZEITUNI DESCRIÇÃO DIETA ENTERAL OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT

NOME: DIOMAR LOPES TEIXEIRA

Impresso por WALISA



R. Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



00907 - CENSO DIETAS  
 DATA - 21/10/2024 ate 21/10/2024 . PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N. CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVICIO)-50001059.50000822.50001111...]  
 CODIGO DO SETOR (CENTRO DE CUSTO) PREDOMINANTE-000198.000004.000188.0001...]

PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	CONV:	SIH	DATA NASC:	LEITO:	SETOR:	MOTIVO CANCELAMENT
352596	ESTER CRISTINA DE ALMEIDA ZEITUMI	DIETA ENTERAL							
NOME: JOAQUIM CANDIDO FERREIRA									
ATENDIMENT: 4419909									
NOME: JOAQUIM CANDIDO FERREIRA									
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	CONV:	SIH	DATA NASC:	LEITO:	SETOR:	MOTIVO CANCELAMENT
352517	ESTER CRISTINA DE ALMEIDA ZEITUMI	DIETA ENTERAL PADRONIZADA	4/4H						
NOME: LEANDRO ROSA DE OLIVEIRA									
ATENDIMENT: 4398855									
NOME: LEANDRO ROSA DE OLIVEIRA									
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	CONV:	SIH	DATA NASC:	LEITO:	SETOR:	MOTIVO CANCELAMENT
353131	MARIANA LEONEL SANTANA	DIETA ENTERAL	SOM/H EM BIC VIA GTT						
NOME: LEILA CANDIA XAVIER									
ATENDIMENT: 4421891									
NOME: LEILA CANDIA XAVIER									
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	CONV:	SIH	DATA NASC:	LEITO:	SETOR:	MOTIVO CANCELAMENT
352513	SERGIO PAPARELLI JUNIOR	DIETA ENTERAL							
NOME: LUCIO CANDIDO									
ATENDIMENT: 4418334									
NOME: LUCIO CANDIDO									
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	CONV:	SIH	DATA NASC:	LEITO:	SETOR:	MOTIVO CANCELAMENT
352827	ANANDA VITORIA BARROS SUZUKI DAMASCENO	DIETA ENTERAL	PROTEICA						
NOME: MARIA APARECIDA DOS SANTOS FARIA									
ATENDIMENT: 4422382									
NOME: MARIA APARECIDA DOS SANTOS FARIA									
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	CONV:	SIH	DATA NASC:	LEITO:	SETOR:	MOTIVO CANCELAMENT
4422382									
NOME: MARIA APARECIDA DOS SANTOS FARIA									

Impressão por MATISA



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
COMPREENSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



00907 - CENSO DIETAS  
DATA - 21/10/2024 ate 21/10/2024 . PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N . CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO)-50001059,50000822,5000111[...]  
CODIGO DO SETOR (CENTRO DE CUSTO) PREDOMINANTE-000198,000004,000188,0001[...]  
NOME : RUDINEI PAULO ALVES

ATENDIMENT: 4412153 NOME: RUDINEI PAULO ALVES CONV: SIH DATA NASC: 28/03/1955 LEITO: 620-C SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRICÃO OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT  
352712 MIGUEL AUGUSTO RODRIGUES DEL PINO NOVASOURCE GC 1.5 POE SNE 30 ML/H EM BI N  
NOME: SEBASTIANA NOGUEIRA DE OLIVEIRA

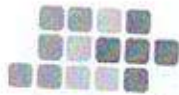
ATENDIMENT: 4404435 NOME: SEBASTIANA NOGUEIRA DE OLIVEIRA CONV: SIH DATA NASC: 03/04/1950 LEITO: 812-A SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRICÃO OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT  
352618 LUCIANA MANSUR PINTO BORGES NOVASOURCE GC 1.5 40 ML/H SNE N  
NOME: VANDA DA COSTA RUIZ

ATENDIMENT: 4415255 NOME: VANDA DA COSTA RUIZ CONV: SIH DATA NASC: 23/05/1952 LEITO: 809-A SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRICÃO OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT  
352679 LUCIANA MANSUR PINTO BORGES NOVASOURCE GC 1.5 40 ML/H SNE N

Impresso por: NAISA



## Ficha de Avaliação e Evolução em Terapia Nutricional

Nome: SANTA CASA RIO PRETO  
LUCIO CANDIDO  
Mãe: CLARICE ANTUNES CANDIDO  
Nome Social:  
Méd: ANTONIO CLAUDIO FACH  
Conv. SIH - SUS INTERNACAO  
Dt. At.: 16/10/24  
Hora: 11:34  
Pront. 962104 INTERNACAO

SENHA



4418334  
Nasc: 13/12/1966 Id: 57  
Sexo: M Leito: 910-B

Sexo: Quarto - Leito: 910-B

Convênio: SUS

Hipótese Diagnóstico/Antecedentes: *Desnutrição severa em estágio / estômago - aguardando resultados de exames e tratamento*

Data: 22/10/24

### Avaliação Nutricional

Condição Física

Dieta Via Oral

Complemento Nutricional Oral

Dieta Enteral

Complemento Nutricional Enteral

Alergia ou intolerância alimentar

Alteração Apetite

Disfagia

Vômitos

Evacuação

Lado Medido

Altura do joelho (AJ)

Circunferência da Panturrilha (CP)

Circunferência do Braço (CB)

Dobra Cutânea Tricipital (PCT)

Peso Habitual

Estatura

Peso Atual

IMC

Peso Ideal

% de Perda de Peso

Diagnóstico Nutricional

Necessidade Energética Total

Necessidade Proteica Total

Deambula  Acamado(a)

Dieta: \_\_\_\_\_

Complemento: \_\_\_\_\_

Dieta: *Freemlin Energy* Volume: *200ml 6x/dia*

Complemento: \_\_\_\_\_

Sim  Não

Sim  Não

Sim  Não

Sim  Não

Diarreia  Obstipação

Direito  Esquerdo

Estimada  Mensurada

Estimada  Mensurada

*1.60m*

*46.800 Kg*

*18 Kg/m<sup>3</sup>*

*Desnutrição*

*1.872 Kcal*

*70g*



## Ficha de Avaliação e Evolução em Terapia Nutricional

**Nome** SANTA CASA RIO PRETO  
**DALTON MELLO FRANCO FILHO**  
**Data c** Mãe: RUTH PEREZ DE MELLO FRANCO  
**Médic** Nome Social: 4409890  
MédRENATO ARANTES LIMA Nasc: 06/12/1957 Id: 66  
Conv. SIH - SUS INTERNACAO Sexo: M Leito: 604-A  
**Data c** Dt. At.: 06/10/24 Hora: 12:50 Pront. 763062 INTERNACAO

**Sexo:** **Quarto - Leito:** 604-A  
**Convênio:** SUS

**Hipótese Diagnóstico/Antecedentes:** Epilepsia epiléptica / Pneumonia orgânica

<b>Avaliação Nutricional</b>		<b>Data:</b> 22/10/24
<b>Condição Física</b>		
<b>Dieta Via Oral</b>	( ) Deambula (x) Acamado(a)	
<b>Complemento Nutricional Oral</b>	( ) Sim (x) Não	Dieta: _____
<b>Dieta Enteral</b>	(x) Sim ( ) Não	Complemento: _____
<b>Complemento Nutricional Enteral</b>	( ) Sim (x) Não	Dieta: <u>Seresulin Energy</u> Volume: <u>200 ml 1x/dia</u>
<b>Alergia ou intolerância alimentar</b>	( ) Sim (x) Não	Complemento: _____
<b>Alteração Apetite</b>	Qual: _____	( ) Sim (x) Não
<b>Disfagia</b>	(x) Sim ( ) Não	
<b>Vômitos</b>	(x) Sim ( ) Não	
<b>Evacuação</b>	( ) Diarreia (x) Obstipação	
<b>Lado Medido</b>	( ) Direito ( ) Esquerdo	
<b>Altura do Joelho (AJ)</b>		
<b>Circunferência da Panturrilha (CP)</b>		
<b>Circunferência do Braço (CB)</b>		
<b>Dobra Cutânea Tricipital (PCT)</b>		
<b>Peso Habitual</b>		
<b>Estatura</b>	( ) Estimada (x) Mensurada	1.65m
<b>Peso Atual</b>	( ) Estimada (x) Mensurada	45kg
<b>IMC</b>		17kg/m <sup>2</sup>
<b>Peso Ideal</b>		
<b>% de Perda de Peso</b>		
<b>Diagnóstico Nutricional</b>		
<b>Necessidade Energética Total</b>		1.800 Kcal
<b>Necessidade Proteica Total</b>		68g



## Ficha de Avaliação e Evolução em Terapia Nutricional

Nome: SANTA CASA RIO PRETO  
LEILA CANDIA XAVIER  
Data de: Mãe: OLGA SARTORI CANDIA  
Médico: Nome Social:  
MédSERGIO PAPARELI JUNI  
Conv.SIH - SUS INTERNACAO  
Data de: DL.At.: 19/10/24 Hora:11:27 Pront.1152954INTERNACAO

SENHA



4421091

Nasc23/01/1937 Id: 87

Sexo: F Leito407-B

Sexo: Quarto - Leito: 407-B

Convênio: SUS

Hipótese Diagnóstico/Antecedentes: AVCi - frênica

Avaliação Nutricional		Data: 22/10/24
Condição Física		( ) Deambula (X) Acamado(a)
Dieta Via Oral	( ) Sim (X) Não	Dieta: _____
Complemento Nutricional Oral	( ) Sim (X) Não	Complemento: _____
Dieta Enteral	(X) Sim ( ) Não	Dieta: <u>Enxofulín Energy</u> Volume: <u>200 ml 1x/dia</u>
Complemento Nutricional Enteral	( ) Sim (X) Não	Complemento: _____
Alergia ou intolerância alimentar	Qual: _____	( ) Sim (X) Não
Alteração Appetite		( ) Sim (X) Não
Disfagia		( ) Sim (X) Não
Vômitos		( ) Sim (X) Não
Evacuação		( ) Diarreia ( ) Obstipação
Lado Medido		( ) Direito <u>Normal</u> (X) Esquerdo
Altura do joelho (AJ)		
Circunferência da Panturrilha (CP)		<u>48 cm</u>
Circunferência do Braço (CB)		<u>28 cm</u>
Dobra Cutânea Tricipital (PCT)		<u>21 cm</u>
Peso Habitual		
Estatuta		(X) Estimada ( ) Mensurada
Peso Atual		(X) Estimada <u>1.58m</u> ( ) Mensurada
IMC		<u>4.3 Kg</u>
Peso Ideal		<u>17 Kg/m<sup>2</sup></u>
% de Perda de Peso		
Diagnóstico Nutricional		<u>Desnutrição</u>
Necessidade Energética Total		<u>1.720 Kcal</u>
Necessidade Proteica Total		<u>65g</u>



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
COMPROVASSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



DATA - 22/10/2024 ate 22/10/2024 - PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N - CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO) - 50001059 - 50000822 - 50001111 - J  
 CODIGO DO SETOR (CENTRO DE CUSTO) - PREDOMINANTE - 000198 - 0000004 - 000188 - 00011 - J

00907 - CENSO DIETAS

NOME: ADELAIDE COVRE BACHINI

ATENDEMENTO: 4414130	NOME: ADELAIDE COVRE BACHINI	CONV: SIH	DATA NASC: 20/05/1946	LEITO: 619-B	SETOR: UNI
PRESCRIÇÃO MÉDICO	MARIA ADRIANA ALMEIDA DA COSTA LIMA	OBSERVAÇÕES	48ML/H	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
353694				N	
NOME: ALTAMIR LANIS					

ATENDEMENTO: 4421221

PRESCRIÇÃO MÉDICO	MIGUEL AUGUSTO RODRIGUES DEL PINO	CONV: SIH	DATA NASC: 31/08/1967	LEITO: 906-A	SETOR: UNI
353649		OBSERVAÇÕES	POE SNE 30 ML/H EM BI	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
NOME: DANIEL PEREIRA DE SOUZA				N	

ATENDEMENTO: 4411965

PRESCRIÇÃO MÉDICO	APARECIDO PEREIRA NETO	CONV: SIH	DATA NASC: 23/12/1950	LEITO: 611-B	SETOR: UNI
353546		OBSERVAÇÕES	40 ML/H SNE	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
NOME: EDSON DO AMARAL BARRETO				N	

ATENDEMENTO: 4405750

PRESCRIÇÃO MÉDICO	DIEGO STEFANI BITTINOTO	CONV: SIH	DATA NASC: 30/11/1969	LEITO: 609-A	SETOR: UNI
353357		OBSERVAÇÕES	30 ML/H SNE	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
NOME: ELIANA APARECIDA MARQUES DOS SANTOS				N	

ATENDEMENTO: 4416048

PRESCRIÇÃO MÉDICO	MIGUEL AUGUSTO RODRIGUES DEL PINO	CONV: SIH	DATA NASC: 25/03/1957	LEITO: 910-A	SETOR: UNI
353647		OBSERVAÇÕES	POE SNE 30 ML/H EM BI	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
NOME: ELISABETE FERREIRA SALES				N	

Impresso por MAISA



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
COMPROVASSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



DATA - 22/10/2024 ate 22/10/2024. PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N. CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO) - 50001059.50000822.50001111. ]  
00907 - CENSO DIETAS  
CODIGO DO SETOR (CENTRO DE CUSTO) - PREDOMINANTE-000198.000004.000188.00011. ]

PRESCRIÇÃO	MEDICO	DESCRICO	OBSERVAÇÕES	CONV: SIH	DATA NASC:	LEITO:	MOTIVO CANCELAMENT	SETOR:
353413	PAMELA ALCANTARA BORGES SANTANA SILVA	DIETA ENTERAL						
NOME: NEUZA MARGARIDA FERREIRA								
ATENDIMENT: 4415492								
PRESCRIÇÃO	MEDICO	DESCRICO	OBSERVAÇÕES	CONV: SIH	DATA NASC:	LEITO:	MOTIVO CANCELAMENT	SETOR:
353658	ANA RACHEL DE OLIVEIRA VERNEJO	FRESUBIN ENERGY						
NOME: NEUZA PIOVESAN								
ATENDIMENT: 4412910								
PRESCRIÇÃO	MEDICO	DESCRICO	OBSERVAÇÕES	CONV: SIH	DATA NASC:	LEITO:	MOTIVO CANCELAMENT	SETOR:
353342	CARLA MARIA RODRIGUES DE CARVALHO	DIETA ENTERAL PADRONIZADA						
NOME: ODAIR PRATES TEIXEIRA								
ATENDIMENT: 4398548								
PRESCRIÇÃO	MEDICO	DESCRICO	OBSERVAÇÕES	CONV: SIH	DATA NASC:	LEITO:	MOTIVO CANCELAMENT	SETOR:
353464	MARIA ADRIANA ALMEIDA DA COSTA LIMA	FRESUBIN ENERGY						
NOME: PEDRO FEMIANO								
ATENDIMENT: 4420971								
PRESCRIÇÃO	MEDICO	DESCRICO	OBSERVAÇÕES	CONV: SIH	DATA NASC:	LEITO:	MOTIVO CANCELAMENT	SETOR:
353598	MARIA ADRIANA ALMEIDA DA COSTA LIMA	FRESUBIN ENERGY						
NOME: SEBASTIANA NOGUEIRA DE OLIVEIRA								
ATENDIMENT: 4404435								
PRESCRIÇÃO	MEDICO	DESCRICO	OBSERVAÇÕES	CONV: SIH	DATA NASC:	LEITO:	MOTIVO CANCELAMENT	SETOR:

Impresso por: MAISON



## Ficha de Avaliação e Evolução em Terapia Nutricional

Nome:	SANTA CASA RIO PRETO MARIA APARECIDA DOS SANTOS FARIA	SEXO:	Quarto - Leito: 910 - B
Data de	Mãe: SEBASTIANA CORDEIRO DE CARVALHO		
Médico	Nome Social: 4422382 MÉDIEGO STEFANI BIZINO Nasc: 17/11/1961 Id: 62		
Data de	Conv. SIH - SUS INTERNACAO Sexo: F Leito: 910-B Dt. At.: 21/10/24 Hora: 16:15 Pront. 94513 INTERNACAO	Convênio:	505
Hipótese Diagnóstico/Antecedentes:	XNC Pneumonia		

Avaliação Nutricional		Data:	23/10/24
Condição Física		( ) Deambula	(X) Acamado(a)
Dieta Via Oral	( ) Sim (X) Não	Dieta:	_____
Complemento Nutricional Oral	( ) Sim (X) Não	Complemento:	_____
Dieta Enteral	(X) Sim ( ) Não	Dieta:	Frutalim Energy Volume: 200ml 16x/dia
Complemento Nutricional Enteral	( ) Sim (X) Não	Complemento:	_____
Alergia ou intolerância alimentar	Qual: _____	( ) Sim	(X) Não
Alteração Apetite		( ) Sim	(X) Não
Disfagia		( ) Sim	(X) Não
Vômitos		( ) Sim	(X) Não
Evacuação		( ) Diarreia	( ) Obstipação
Lado Medido		( ) Direito	( ) Esquerdo
Altura do joelho (AJ)			
Circunferência da Panturrilha (CP)			
Circunferência do Braço (CB)			
Dobra Cutânea Tricipital (PCT)			
Peso Habitual			
Estatura		( ) Estimada	(X) Mensurada
Peso Atual		( ) Estimada	(X) Mensurada
IMC			
Peso Ideal			
% de Perda de Peso			
Diagnóstico Nutricional			Ulceração
Necessidade Energética Total			2.175 Kcal
Necessidade Proteica Total			104g



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
COM PROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR



R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500

00907 - CENSO DIETAS

DATA - 23/10/2024 ate 23/10/2024 . PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N. CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO)-50001059,50000822,50001111...]  
CODIGO DO SETOR (CENTRO DE CUSTO) PREDOMINANTE-000198,000004,000188,00011...]

NOME: ADELAIDE COVRE BACHINI

ATENDIMENT: 4414130 NOME: ADELAIDE COVRE BACHINI CONV: SIH DATA NASC: 20/05/1946 LEITO: 619-B SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRICÃO OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT  
354607 EDUARDO MAYRHOFFER SARGI NOVASOURCE GC 1.5 40ML/H N

NOME: ALTAMIR LANIS

ATENDIMENT: 4421221 NOME: ALTAMIR LANIS CONV: SIH DATA NASC: 31/08/1967 LEITO: 906-A SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRICÃO OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT  
354571 MIGUEL AUGUSTO RODRIGUES DEL PINO NOVASOURCE GC 1.5 POE SNE 30 ML/H EM BI N

NOME: ANTONIO PEREIRA DA SILVA

ATENDIMENT: 4421806 NOME: ANTONIO PEREIRA DA SILVA CONV: SIH DATA NASC: 18/06/1933 LEITO: 618-B SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRICÃO OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT  
354307 DIETA ENTERAL N

NOME: DANIEL PEREIRA DE SOUZA

ATENDIMENT: 4411965 NOME: DANIEL PEREIRA DE SOUZA CONV: SIH DATA NASC: 23/12/1950 LEITO: 611-B SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRICÃO OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT  
354549 APARECIDO PEREIRA NETO NOVASOURCE GC 1.5 40 ML/H SNE N

NOME: EDSON DO AMARAL BARRETO

ATENDIMENT: 4405750 NOME: EDSON DO AMARAL BARRETO CONV: SIH DATA NASC: 30/11/1969 LEITO: 609-A SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRICÃO OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT  
354312 DIEGO STEFANI BIZINOTO NOVASOURCE GC 1.5 30 ML/H SNE N

NOME: ELIANA APARECIDA MARQUES DOS SANTOS

Impresso por MAISA



**SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO**  
COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



00907 - CENSO DIETAS

DATA: 23/10/2024 ate 23/10/2024 , PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N, CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO): 50001059,50000822,50001111[...]  
CODIGO DO SETOR (CENTRO DE CUSTO) PREDOMINANTE: 000198,000004,000188,0001[...]

PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENTO
354325	CARLA MARIA RODRIGUES DE CARVALHO	DIETA ENTERAL PADRONIZADA		N	
NOME: ODAIR PRATES TEIXEIRA					
ATENDIMENT:	4398548	NOME: ODAIR PRATES TEIXEIRA	CONV: SIH DATA NASC: 20/09/1974	LEITO: 615-A	SETOR: UNI
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENTO
354474	EDUARDO MAYRHOFFER SARGI	FRESUBIN ENERGY	50 ML/H POR SNE	N	
NOME: PEDRO FEMIANO					
ATENDIMENT:	4420971	NOME: PEDRO FEMIANO	CONV: SIH DATA NASC: 29/06/1937	LEITO: 804-A	SETOR: UNI
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENTO
354556	EDUARDO MAYRHOFFER SARGI	FRESUBIN ENERGY	20ML/H	N	
NOME: SEBASTIANA NOGUEIRA DE OLIVEIRA					
ATENDIMENT:	4404435	NOME: SEBASTIANA NOGUEIRA DE OLIVEIRA	CONV: SIH DATA NASC: 03/04/1950	LEITO: 812-A	SETOR: UNI
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENTO
354327	LIVIA MARIA MORAES DUMONT	NOVASOURCE GC 1.5	40 ML/H SNE	N	

Impresso por: KATIA



### Ficha de Avaliação e Evolução em Terapia Nutricional

Nome:	SANTA CASA RIO PRETO ANTONIO PEREIRA DA SILVA	SENHA	
Data de	Mãe: RITA MARIA DE JESUS Nome Social: 4421006		Sexo: Quarto - Leito: G.18 - B
Médico	Méd. LIVIA MARIA MORAES D Conv. SIH - SUS INTERNACAO	Nasc: 28/06/1933 Id: 91 Sexo: M Leito: 618-B	
Data de	Dt. At.: 19/10/24 Hora: 07:28 Pront. 11529581 INTERNACAO		Convênio: SUS
Hipótese Diagnóstico/Antecedentes:	Anorexia / fraqueza / anemia + Taquicardia / AEG		

Avaliação Nutricional		Data: 24/10/24
Condição Física		( ) Deambula (x) Acamado(a)
Dieta Via Oral	(x) Sim ( ) Não	Dieta: <u>General - Admissível</u>
Complemento Nutricional Oral	( ) Sim (x) Não	Complemento: _____
Dieta Enteral	(x) Sim ( ) Não	Dieta: <u>Enteral Balanceada</u> Volume: <u>230 ml 1x/dia</u>
Complemento Nutricional Enteral	( ) Sim (x) Não	Complemento: _____
Alergia ou intolerância alimentar	Qual: _____	( ) Sim (x) Não
Alteração Apetite		(x) Sim ( ) Não
Disfagia		( ) Sim (x) Não
Vômitos		( ) Sim (x) Não
Evacuação		( ) Diarreia (x) Obstipação
Lado Medido		( ) Direito ( ) Esquerdo
Altura do joelho (AJ)		
Circunferência da Panturrilha (CP)		
Circunferência do Braço (CB)		
Dobra Cutânea Tricipital (PCT)		
Peso Habitual		
Estatura		( ) Estimada (x) Mensurada
Peso Atual		( ) Estimada (x) Mensurada
IMC		1.70m 60Kg 19.7 Kg/m <sup>2</sup>
Peso Ideal		
% de Perda de Peso		
Diagnóstico Nutricional		Anorexia
Necessidade Energética Total		1.600 Kcal
Necessidade Proteica Total		60g



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
COMPRÊSSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



00907 - CENSO DIETAS

DATA - 24/10/2024 ate 24/10/2024 - PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N. CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVICO)-50001059,50000822,5000111[.]  
CODIGO DO SETOR (CENTRO DE CUSTO) PREDOMINANTE-000198,000004,000189,0001[.]

NOME: ADELAIDE COVRE BACHINI

ATENDIMENT: 4414130

NOME: ADELAIDE COVRE BACHINI

CONV: SIH DATA NASC: 28/05/1946

LEITO: 619-B

SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

DESCRIÇÃO

OBSERVAÇÕES

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

355500 MARIANA TOLENTINO MORETTI DE ALMEIDA

NOVASOURCE GC 1.5

48ML/H

N

NOME: ALTAMIR LANIS

ATENDIMENT: 4421221

NOME: ALTAMIR LANIS

CONV: SIH DATA NASC: 31/08/1967

LEITO: 906-A

SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

DESCRIÇÃO

OBSERVAÇÕES

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

355341 MIGUEL AUGUSTO RODRIGUES DEL PINO

NOVASOURCE GC 1.5

POE SNE 30 ML/H EM BI

N

NOME: ANTONIO PEREIRA DA SILVA

ATENDIMENT: 4421086

NOME: ANTONIO PEREIRA DA SILVA

CONV: SIH DATA NASC: 18/06/1933

LEITO: 618-B

SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

DESCRIÇÃO

OBSERVAÇÕES

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

355244 LIVIA MARIA MORAES DUMONT

DIETA ENTERAL

N

NOME: BENEDITO TEIXEIRA DA SILVA

ATENDIMENT: 4424118

NOME: BENEDITO TEIXEIRA DA SILVA

CONV: SIH DATA NASC: 10/08/1958

LEITO: 611-A

SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

DESCRIÇÃO

OBSERVAÇÕES

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

355429 MARIANA TOLENTINO MORETTI DE ALMEIDA

NOVASOURCE GC 1.5

40 ML SNE

N

NOME: DANIEL PEREIRA DE SOUZA

ATENDIMENT: 4411965

NOME: DANIEL PEREIRA DE SOUZA

CONV: SIH DATA NASC: 23/12/1950

LEITO: 611-B

SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

DESCRIÇÃO

OBSERVAÇÕES

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

355523 ANA RACHEL DE OLIVEIRA VERMEJO

NOVASOURCE GC 1.5

40 ML/H SNE

N

NOME: EDSON DO AMARAL BARRETO

Impresso por MAISON



**SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO**  
COMPROVASSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



00907 - CENSO DIETAS  
 DATA - 24/10/2024 ate 24/10/2024 - PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N. CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO): 50001059,50000822,5000111[...]  
 CODIGO DO SETOR (CENTRO DE CUSTO) PREDOMINANTE: 000198,000004,000188,0001[...]

PRESCRIÇÃO MÉDICO  
 355308 DIETA ENTERAL PADRONIZADA OBSERVAÇÕES  
 NOME: NEUZA MARGARIDA FERREIRA  
 PRESCRIÇÃO CANCELADA N MOTIVO CANCELAMENT

ATENDIMENT: 4415492 NOME: NEUZA MARGARIDA FERREIRA CONV: SIH DATA NASC: 07/06/1953 LEITO: 893-A SETOR: UNI  
 PRESCRIÇÃO MÉDICO  
 355281 RODRIGO CARREIRA GERALDE OBSERVAÇÕES  
 FRESUBIN ENERGY 40 ML/H SNE N  
 PRESCRIÇÃO CANCELADA N MOTIVO CANCELAMENT  
 NOME: ODAIR PRATES TEIXEIRA

ATENDIMENT: 4398548 NOME: ODAIR PRATES TEIXEIRA CONV: SIH DATA NASC: 20/09/1974 LEITO: 615-A SETOR: UNI  
 PRESCRIÇÃO MÉDICO  
 355359 MARIANA TOLENTINO MORETTI DE ALMEIDA OBSERVAÇÕES  
 FRESUBIN ENERGY 50 ML/H POR SNE N  
 PRESCRIÇÃO CANCELADA N MOTIVO CANCELAMENT  
 NOME: PEDRO FEMIANO

ATENDIMENT: 4420971 NOME: PEDRO FEMIANO CONV: SIH DATA NASC: 29/06/1937 LEITO: 804-A SETOR: UNI  
 PRESCRIÇÃO MÉDICO  
 355567 MARIANA TOLENTINO MORETTI DE ALMEIDA OBSERVAÇÕES  
 FRESUBIN ENERGY 20ML/H N  
 PRESCRIÇÃO CANCELADA N MOTIVO CANCELAMENT  
 NOME: SEBASTIANA NOGUEIRA DE OLIVEIRA

ATENDIMENT: 4404435 NOME: SEBASTIANA NOGUEIRA DE OLIVEIRA CONV: SIH DATA NASC: 03/04/1950 LEITO: 812-A SETOR: UNI  
 PRESCRIÇÃO MÉDICO  
 355254 LIVIA MARIA MORAES DUJOMT OBSERVAÇÕES  
 NOVASOURCE GC 1.5 40 ML/H SNE N  
 PRESCRIÇÃO CANCELADA N MOTIVO CANCELAMENT

Impresso por: MATISA



## Ficha de Avaliação e Evolução em Terapia Nutricional

Nome: SANTA CASA RIO PRETO	SENHA	
Data d: Mãe: CECILIA MORAIS DA SILVA		Sexo: Quarto - Leito: G11-A
Médico: MedESTER ZEITUNI	Nasc10/08/1958 Id: 63	
Data d: Conv.SIH - SUS INTERNACAO	Sexo: M LeitoUTI-97	
DI.At.: 23/10/24	Hora:07:01	Pront.1109051INTERNACAO
Hipótese Diagnóstico/Antecedentes: <u>Diabetes mellitus / HAS / ANCI</u>		Convênio: SUS
Data: 25/10/24		

Avaliação Nutricional	
Condição Física	( ) Deambula (X) Acamado(a)
Dieta Via Oral	( ) Sim (X) Não Dieta: _____
Complemento Nutricional Oral	( ) Sim (X) Não Complemento: _____
Dieta Enteral	(X) Sim ( ) Não Dieta: <u>Nutrenace GCL 5</u> Volume: <u>40 ml/h</u>
Complemento Nutricional Enteral	(X) Sim ( ) Não Complemento: <u>Leite 30g/1x/dia</u>
Alergia ou intolerância alimentar	Qual: _____ ( ) Sim (X) Não
Alteração Apetite	( ) Sim (X) Não
Disfagia	(X) Sim ( ) Não
Vômitos	(X) Sim ( ) Não
Evacuação	( ) Diarreia ( ) Obstipação
Lado Medido	( ) Direito <u>Normal</u> ( ) Esquerdo
Altura do joelho (AJ)	
Circunferência da Panturrilha (CP)	
Circunferência do Braço (CB)	
Dobra Cutânea Tricipital (PCT)	
Peso Habitual	
Estatura	( ) Estimada (X) Mensurada <u>1.81 m</u>
Peso Atual	( ) Estimada (X) Mensurada <u>100 Kg</u>
IMC	<u>31 Kg/m<sup>2</sup></u>
Peso Ideal	
% de Perda de Peso	
Diagnóstico Nutricional	<u>Obesidade</u>
Necessidade Energética Total	<u>2.500 Kcal</u>
Necessidade Proteica Total	<u>120g</u>



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



00907 - CENSO DIETAS  
DATA - 25/10/2024 ate 25/10/2024 - PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N. CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO)-50001059.50000822.5000111[...]  
CODIGO DO SETOR (CENTRO DE CUSTO) PREDOMINANTE-000198.0000004.000198.0001[...]

NOME: ADELAIDE COVRE BACHINI

ATENDEMENT: 4414130 NOME: ADELAIDE COVRE BACHINI CONV: SIH DATA NASC: 20/05/1946 LEITO: 619-B SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO ANA BEATRIZ THOME DORIA NOVASOURCE GC 1.5 OBSERVAÇÕES 40ML/H PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT N

NOME: BENEDITO TEIXEIRA DA SILVA

ATENDEMENT: 4424118 NOME: BENEDITO TEIXEIRA DA SILVA CONV: SIH DATA NASC: 10/08/1958 LEITO: 611-A SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO ANA BEATRIZ THOME DORIA NOVASOURCE GC 1.5 OBSERVAÇÕES 40 ML SNE PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT N

NOME: DANIEL PEREIRA DE SOUZA

ATENDEMENT: 4411965 NOME: DANIEL PEREIRA DE SOUZA CONV: SIH DATA NASC: 23/12/1950 LEITO: 611-B SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO LUCIANA MANSUR PINTO BORGES NOVASOURCE GC 1.5 OBSERVAÇÕES 40 ML/H SNE PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT N

NOME: EDSON DO AMARAL BARRETO

ATENDEMENT: 4405750 NOME: EDSON DO AMARAL BARRETO CONV: SIH DATA NASC: 30/11/1969 LEITO: 609-A SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO EMANUEL PEDRO DE CARVALHO TAUYR NOVASOURCE GC 1.5 OBSERVAÇÕES 30 ML/H SNE PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT N

NOME: ELIANA APARECIDA MARQUES DOS SANTOS

ATENDEMENT: 4416048 NOME: ELIANA APARECIDA MARQUES DOS SANTOS CONV: SIH DATA NASC: 25/03/1957 LEITO: 910-A SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO DIEGO STEFANI BIZINOTO NOVASOURCE GC 1.5 OBSERVAÇÕES POE SNE 30 ML/H EM BI PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT N

NOME: JOAQUIM CANDIDO FERREIRA

Impresso por MAISA



**SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO**  
COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



00907 - CENSO DIETAS  
 DATA - 25/10/2024 ate 25/10/2024 , PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N, CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO)-50001059,500000822,50001111[...]  
 CODIGO DO SETOR (CENTRO DE CUSTO) PREDOMINANTE-000198,000004,000188,0001[...]

PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
356295	ANA BEATRIZ THOME DORIA	FRESUBIN ENERGY	50 ML/H POR SNE	N	
NOME: PEDRO FEMIANO					
ATENDIMENT: 4420971 NOME: PEDRO FEMIANO					
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
356417	ANA BEATRIZ THOME DORIA	FRESUBIN ENERGY	20ML/H	N	
NOME: SEBASTIANA NOGUEIRA DE OLIVEIRA					
ATENDIMENT: 4404435 NOME: SEBASTIANA NOGUEIRA DE OLIVEIRA					
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
356215	LIVIA MARIA MORAES DUMONT	NOVASOURCE GC 1.5	40 ML/H SNE	N	

Impresso por: MAISA



### Ficha de Avaliação e Evolução em Terapia Nutricional

Nome:	SANTA CASA RIO PRETO MOISES ANTONIO DA SILVA	SENHA	
Data de	Mãe: MARIA JOANA DA SILVA		
Médico:	Nome Social: 4427149 Médester Zeituni Nasc: 26/03/1952 Id: 72	Sexo:	Quarto - Leito: 801-A
Data de	Conv. SIH - SUS INTERNACAO Dt. At.: 26/10/24 Hora: 08:08 Pront. 1098242 INTERNACAO	Sexo:	M Leito: 801-A
Hipótese Diagnóstico/Antecedentes:	Ingestão inadequada   QEG   HASI   RNC   CA   próstata   AVC recente		
Avaliação Nutricional		Data:	28/10/24
Condição Física		( ) Deambula	(x) Acamado(a)
Dieta Via Oral	( ) Sim (x) Não	Dieta:	
Complemento Nutricional Oral	( ) Sim (x) Não	Complemento:	
Dieta Enteral	(x) Sim ( ) Não	Dieta:	Formula Energy Volume: 230ml 1x/dia
Complemento Nutricional Enteral	( ) Sim (x) Não	Complemento:	
Alergia ou intolerância alimentar	Qual:	( ) Sim	(x) Não
Alteração Apetite		(x) Sim	( ) Não
Disfagia		( ) Sim	(x) Não
Vômitos		( ) Sim	(x) Não
Evacuação		( ) Diarreia	(x) Obstipação
Lado Medido		( ) Direito	( ) Esquerdo
Altura do joelho (AJ)			
Circunferência da Panturrilha (CP)			
Circunferência do Braço (CB)			
Dobra Cutânea Tricipital (PCT)			
Peso Habitual			
Estatura		( ) Estimada	(x) Mensurada
Peso Atual		( ) Estimada	(x) Mensurada
IMC			
Peso Ideal			
% de Perda de Peso			
Diagnóstico Nutricional			Risco Nutricional
Necessidade Energética Total			2.520Kcal
Necessidade Proteica Total			126g



## Ficha de Avaliação e Evolução em Terapia Nutricional


SENHA

Nome:	SANTA CASA RIO PRETO	Sexo:	Quarto - Leito:
Data de	IRACI DA SILVA VICOZO		Unimioterapia
Médico:	Mãe: PORFIRIA ANTONIA SOARES DA SILVA		Internação
	Nome Social: 4428549		
	Méd. AMANDA LAGUNA CURY	Nasc: 28/04/1951	
Data de	Conv. SIH - SUS INTERNACAO	Sexo: F	
	DI. AL.: 28/10/24	Hora: 16:04	Pront. 63584 INTERNACAO
Hipótese Diagnóstico/Antecedentes:	CA mama / Ingestão		
		Convênio:	SUS

Avaliação Nutricional		Data:	28/10/24
Condição Física		( ) Deambula	(x) Acamado(a)
Dieta Via Oral	( ) Sim (x) Não	Dieta:	
Complemento Nutricional Oral	( ) Sim (x) Não	Complemento:	
Dieta Enteral	(x) Sim ( ) Não	Dieta:	Isosulin Energy Volume: 200ml 10x/dia
Complemento Nutricional Enteral	( ) Sim (x) Não	Complemento:	
Alergia ou intolerância alimentar	Qual: _____	( ) Sim	(x) Não
Alteração Apetite		(x) Sim	( ) Não
Disfagia		( ) Sim	(x) Não
Vômitos		( ) Sim	(x) Não
Evacuação		( ) Diarreia	(x) Obstipação
Lado Medido		( ) Direito	( ) Esquerdo
Altura do joelho (AJ)			
Circunferência da Panturrilha (CP)			
Circunferência do Braço (CB)			
Dobra Cutânea Tricipital (PCT)			
Peso Habitual			
Estatura		( ) Estimada	(x) Mensurada
Peso Atual		( ) Estimada	(x) Mensurada
IMC			
Peso Ideal			
% de Perda de Peso			
Diagnóstico Nutricional			Risco Nutricional
Necessidade Energética Total			1.620 Kcal
Necessidade Proteica Total			65g



## Ficha de Avaliação e Evolução em Terapia Nutricional

Nome	SANTA CASA RIO PRETO SEBASTIANA NOGUEIRA DE OLIVEIRA		SENHA
Data	Mãe: MARIA MAURICIA DE CARVALHO		Sexo:      Quarto - Leito: 812-A
Médico	Nome Social: 4430603	Nasc: 03/04/1950 Id: 70	
Data	Conv: SIH - SUS INTERNACAO	Sexo: F Leito: 812-A	Convênio: 505
	DLAT: 30/10/24 Hora: 07:01 Pront: 893843 INTERNACAO		
Hipótese Diagnóstico/Antecedentes: <u>Depre</u>			
Avaliação Nutricional	Data: <u>28/10/24</u>		
Condição Física	<input type="checkbox"/> Deambula <input checked="" type="checkbox"/> Acamado(a)		
Dieta Via Oral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não    Dieta: _____		
Complemento Nutricional Oral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não    Complemento: _____		
Dieta Enteral	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não    Dieta: <u>Neosmance 601.5</u> Volume: <u>40ml/d</u>		
Complemento Nutricional Enteral	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não    Complemento: <u>Lacteica 150g/2x/dia</u>		
Alergia ou intolerância alimentar	Qual: _____ <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		
Alteração Apetite	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		
Disfagia	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		
Vômitos	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		
Evacuação	<input checked="" type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Obstipação		
Lado Medido	<input type="checkbox"/> Direito <input checked="" type="checkbox"/> Esquerdo		
Altura do joelho (AJ)			
Circunferência da Panturrilha (CP)	<u>51 cm</u>		
Circunferência do Braço (CB)	<u>30 cm</u>		
Dobra Cutânea Tricipital (PCT)	<u>22 cm</u>		
Peso Habitual			
Estatura	<input checked="" type="checkbox"/> Estimada <input type="checkbox"/> Mensurada		
Peso Atual	<input checked="" type="checkbox"/> Estimada <input type="checkbox"/> Mensurada		
IMC	<u>1.60m</u> <u>49 Kg</u> <u>19 Kg/m<sup>2</sup></u>		
Peso Ideal			
% de Perda de Peso			
Diagnóstico Nutricional	<u>Demulção</u>		
Necessidade Energética Total	<u>1.960 Kcal</u>		
Necessidade Proteica Total	<u>74g</u>		



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR



R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500

00907 - CENSO DIETAS  
DATA - 28/10/2024 ate 28/10/2024 - PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N. CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO)-50001059.50000822.5000111[...]  
CODIGO DO SETOR (CENTRO DE CUSTO) PREDOMINANTE-000198.000004.000188.0001[...]

NOME: ADELAIDE COVRE BACHINI

ATENDEMENT: 4414130 NOME: ADELAIDE COVRE BACHINI

CONV: SIH DATA NASC: 20/05/1946

LEITO: 619-B

SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

358442 EDUARDO MAYRHOFFER SARGI

DESCRIÇÃO

NOVASOURCE GC 1.5

OBSERVAÇÕES

30ML/H

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

N

NOME: BENEDITO TEIXEIRA DA SILVA

ATENDEMENT: 4424118

NOME: BENEDITO TEIXEIRA DA SILVA

CONV: SIH DATA NASC: 10/08/1958

LEITO: 611-A

SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

358372 EDUARDO MAYRHOFFER SARGI

DESCRIÇÃO

NOVASOURCE GC 1.5

OBSERVAÇÕES

40 ML SNE

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

N

NOME: DANIEL PEREIRA DE SOUZA

ATENDEMENT: 4411965

NOME: DANIEL PEREIRA DE SOUZA

CONV: SIH DATA NASC: 23/12/1950

LEITO: 611-B

SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

358465 LUCIANA MANSUR PINTO BORGES

DESCRIÇÃO

NOVASOURCE GC 1.5

OBSERVAÇÕES

40 ML/H SNE

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

N

NOME: ELIANA APARECIDA MARQUES DOS SANTOS

ATENDEMENT: 4416848

NOME: ELIANA APARECIDA MARQUES DOS SANTOS

CONV: SIH DATA NASC: 25/03/1957

LEITO: 910-A

SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

358224 DIEGO STEFANI BIZINOTO

DESCRIÇÃO

NOVASOURCE GC 1.5

OBSERVAÇÕES

POE SNE 30 ML/H EM BI

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

N

NOME: FABIO RENATO CONCHAL

ATENDEMENT: 4427508

NOME: FABIO RENATO CONCHAL

CONV: SIH DATA NASC: 03/01/1982

LEITO: 613-B

SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

358323 RENATO ARANTES LIMA SIMOES

DESCRIÇÃO

DIETA ENTERAL PADRONIZADA

OBSERVAÇÕES

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

N

NOME: FERMINO NUNES NETTO

Impressão por MATRIZ



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



00907 - CENSO DIETAS

DATA - 28/10/2024 ate 28/10/2024 - PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N, CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO)-50001059;50000822;5000111[...]  
CODIGO DO SETOR (CENTRO DE CUSTO) PREDOMINANTE-000198;000004;000188;0001[...]

PRESCRIÇÃO	MEDICO	DESCRICAÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
358226	DIEGO STEFANI BIZINOTO	DIETA ENTERAL		N	
NOME: MARIA DIVINA FERREIRA					
ATENDIMENT: 4427063 NOME: MARIA DIVINA FERREIRA					
PRESCRIÇÃO	MEDICO	DESCRICAÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
358246	ESTER CRISTINA DE ALMEIDA ZEITUNI	DIETA ENTERAL PADRONIZADA		N	
NOME: MARIA ROSA ALVES LUNA					
ATENDIMENT: 4422790 NOME: MARIA ROSA ALVES LUNA					
PRESCRIÇÃO	MEDICO	DESCRICAÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
358631	MATHEUS GABRIEL NANTES DELLA VALENTINA	DIETA ENTERAL PADRONIZADA	COLOCAR MEDICACOES VO MACERADAS VI N		
NOME: MARIA CAMILHO CATUABA SENA					
ATENDIMENT: 4423769 NOME: MARIA CAMILHO CATUABA SENA					
PRESCRIÇÃO	MEDICO	DESCRICAÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
358231		DIETA ENTERAL PADRONIZADA		N	
NOME: MOISES ANTONIO DA SILVA					
ATENDIMENT: 4427149 NOME: MOISES ANTONIO DA SILVA					
PRESCRIÇÃO	MEDICO	DESCRICAÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
358268	ESTER CRISTINA DE ALMEIDA ZEITUNI	DIETA ENTERAL PADRONIZADA		N	
NOME: NARCISO SANTOS PEREIRA					
ATENDIMENT: 4423790 NOME: NARCISO SANTOS PEREIRA					
PRESCRIÇÃO	MEDICO	DESCRICAÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT

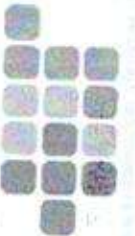
Impresso por MAISA



## Ficha de Avaliação e Evolução em Terapia Nutricional

Nome: SANTA CASA RIO PRETO  
 Data d: FERMINO NUNES NETTO  
 Mãe: ANA BALERA DOS SANTOS  
 Médico: Nome Social: MÉD. ESTER ZEITUNI  
 Conv. SIH - SUS INTERNACAO  
 Dt. At.: 21/10/24 Hora 08:18 Pront. 792527 INTERNACAO  
 Sexo: Quarto - Leito: 604-A  
 Convênio: SUS  
 Hipótese Diagnóstico/Antecedentes: DEG | ITU

Avaliação Nutricional		Data: <u>29/10/24</u>
Condição Física		( ) Deambula (x) Acamado(a)
Dieta Via Oral	( ) Sim (x) Não	Dieta: _____
Complemento Nutricional Oral	( ) Sim (x) Não	Complemento: _____
Dieta Enteral	(x) Sim ( ) Não	Dieta: <u>Amesulim Energy</u> Volume: <u>220 ml 16x/dia</u>
Complemento Nutricional Enteral	( ) Sim (x) Não	Complemento: _____
Alergia ou intolerância alimentar	Qual: _____	( ) Sim (x) Não
Alteração Apetite		(x) Sim ( ) Não
Disfagia		( ) Sim (x) Não
Vômitos		( ) Sim (x) Não
Evacuação		( ) Diarreia (x) Obstipação
Lado Medido		( ) Direito ( ) Esquerdo
Altura do joelho (AJ)		
Circunferência da Panturrilha (CP)		
Circunferência do Braço (CB)		
Dobra Cutânea Tricipital (PCT)		
Peso Habitual		
Estatura	( ) Estimada (x) Mensurada	
Peso Atual	( ) Estimada (x) Mensurada	<u>1,80m</u>
IMC		<u>8,5 Kg</u>
Peso Ideal		<u>26 Kg/m<sup>2</sup></u>
% de Perda de Peso		
Diagnóstico Nutricional		<u>Risco Nutricional</u>
Necessidade Energética Total		<u>2.550 Kcal</u>
Necessidade Proteica Total		<u>102g</u>



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



00907 - CENSO DIETAS  
DATA - 29/10/2024 ate 29/10/2024 , PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N. CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO)-50001059;50000822;50001111...]  
CODIGO DO SETOR (CENTRO DE CUSTO) PREDOMINANTE-000198;000004;000188;00011...]

NOME: ADELAIDE COVRE BACHINI

ATENDIMENT: 4414130

NOME: ADELAIDE COVRE BACHINI

CONV: SIH DATA NASC: 20/05/1946

LEITO: 619-B

SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

DESCRIÇÃO

OBSERVAÇÕES

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

359084 MARIA ADRIANA ALMEIDA DA COSTA LIMA

NOVASOURCE GC 1.5

40ML/H

N

NOME: DANIEL PEREIRA DE SOUZA

ATENDIMENT: 4411965

NOME: DANIEL PEREIRA DE SOUZA

CONV: SIH DATA NASC: 23/12/1950

LEITO: 611-B

SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

DESCRIÇÃO

OBSERVAÇÕES

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

359173 LUCIANA MANSUR PINTO BORGES

NOVASOURCE GC 1.5

40 ML/H SNE

N

NOME: ELIANA APARECIDA MARQUES DOS SANTOS

ATENDIMENT: 4416048

NOME: ELIANA APARECIDA MARQUES DOS SANTOS

CONV: SIH DATA NASC: 25/03/1957

LEITO: 910-A

SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

DESCRIÇÃO

OBSERVAÇÕES

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

359038 DIEGO STEFANI BIZIMOTO

NOVASOURCE GC 1.5

POE SNE 30 ML/H EM BI

N

NOME: FABIO RENATO CONCHAL

ATENDIMENT: 4427500

NOME: FABIO RENATO CONCHAL

CONV: SIH DATA NASC: 03/01/1982

LEITO: 613-B

SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

DESCRIÇÃO

OBSERVAÇÕES

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

359632 RENATO ARANTES LIMA SIMOES

DIETA ENTERAL PADRONIZADA

N

NOME: FERMINO NUNES NETTO

ATENDIMENT: 4421438

NOME: FERMINO NUNES NETTO

CONV: SIH DATA NASC: 20/05/1944

LEITO: 604-A

SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

DESCRIÇÃO

OBSERVAÇÕES

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

359057 ESTER CRISTINA DE ALMEIDA ZEITUNI

DIETA ENTERAL PADRONIZADA

N

359133 ESTER CRISTINA DE ALMEIDA ZEITUNI

DIETA ENTERAL PADRONIZADA

PASSAR SONDA NASOENTERICA

N

PASSAR SONDA NASOENTERICA

N

Impresso por: VALISA



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
COPARCELISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



00907 - CENSO DIETAS

DATA - 29/10/2024 ate 29/10/2024 .PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N. CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO)-50001059,50000822,50001111[...]  
CODIGO DO SETOR (CENTRO DE CUSTO) PREDOMINANTE-000198,000004,000188,0001[...]

ATENDIMENT: 4423769

NOME: MARTA CAMILHO CATUABA SENA

CONV: SIH DATA NASC: 29/08/1952

LEITO: 809-B

SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

359046 LIVIA MARIA MORAES DUMONT

DIETA ENTERAL PADRONIZADA

OBSERVAÇÕES

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

NOME: MOISES ANTONIO DA SILVA

ATENDIMENT: 4427149

NOME: MOISES ANTONIO DA SILVA

CONV: SIH DATA NASC: 26/03/1952

LEITO: 801-A

SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

359040 ESTER CRISTINA DE ALMEIDA ZEITUNI

DIETA ENTERAL PADRONIZADA

OBSERVAÇÕES

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

NOME: NEUZA MARGARIDA FERREIRA

ATENDIMENT: 4415492

NOME: NEUZA MARGARIDA FERREIRA

CONV: SIH DATA NASC: 07/06/1953

LEITO: 803-A

SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

359050 DIEGO STEFANI BIZINOTO

FRESUBIN ENERGY

OBSERVAÇÕES

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

NOME: PEDRO FENIANO

ATENDIMENT: 4420971

NOME: PEDRO FENIANO

CONV: SIH DATA NASC: 29/06/1937

LEITO: 804-A

SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

359097 MARIA ADRIANA ALMEIDA DA COSTA LIMA

FRESUBIN ENERGY

OBSERVAÇÕES

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

NOME: RITA DE SOUZA

ATENDIMENT: 4426793

NOME: RITA DE SOUZA

CONV: SIH DATA NASC: 02/03/1950

LEITO: 902-A

SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

359406 RAYSSA MARCOSKI RODRIGUES DE ALMEIDA

DIETA ENTERAL PADRONIZADA

OBSERVAÇÕES

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

NOME: SEBASTIANA NOGUEIRA DE OLIVEIRA

ATENDIMENT: 4404435

NOME: SEBASTIANA NOGUEIRA DE OLIVEIRA

CONV: SIH DATA NASC: 03/04/1950

LEITO: 812-A

SETOR: UNI

Impressão por RAÍSSA



### Ficha de Avaliação e Evolução em Terapia Nutricional

SENHA

Nome:	SANTA CASA RIO PRETO ITAMAR SANTIAGO GUTIERREZ	Sexo:	Quarto - Leito: 806-B
Data d:	Mãe: NAILDE COITO GUTIERREZ Nome Social: 4420565		
Médico:	Méd. MARIO PERES NETO Nasc: 31/03/1974 Id: 50		
Data d:	Conv. SIH - SUS INTERNACAO Dt. At.: 18/10/24 Hora: 12:27 Pront. 15987 INTERNACAO	Sexo:	M Leito 805-B
Hipótese Diagnóstico/Antecedentes:		Convênio: SUS	
		HDA / Melha + Enteranagia	

Avaliação Nutricional		Data:	30/10/24
Condição Física		<input checked="" type="checkbox"/> Deambula	<input type="checkbox"/> Acamado(a)
Dieta Via Oral	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Dieta:	Leve
Complemento Nutricional Oral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Complemento:	
Dieta Enteral	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Dieta:	Nutrisource GCL 5 Volume: 30 ml/H
Complemento Nutricional Enteral	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Complemento:	Proteico 15g / 2x / dia
Alergia ou intolerância alimentar	Qual:	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
Alteração Apetite		<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Disfagia		<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
Vômitos		<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
Evacuação		<input checked="" type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Obstipação
Lado Medido		<input type="checkbox"/> Direito	<input checked="" type="checkbox"/> Esquerdo
Altura do joelho (AJ)			54 cm
Circunferência da Panturrilha (CP)			28 cm
Circunferência do Braço (CB)			20 cm
Dobra Cutânea Tricipital (PCT)			
Peso Habitual			
Estatura		<input checked="" type="checkbox"/> Estimada	<input type="checkbox"/> Mensurada
Peso Atual		<input checked="" type="checkbox"/> Estimada	<input type="checkbox"/> Mensurada
IMC			1.70m 45kg 16 kg/m <sup>2</sup>
Peso Ideal			
% de Perda de Peso			
Diagnóstico Nutricional			Risco Nutricional
Necessidade Energética Total			1.800 kcal
Necessidade Proteica Total			68g



### Ficha de Avaliação e Evolução em Terapia Nutricional

Nome:	SANTA CASA RIO PRETO FABIO RENATO CONCHAL	SENHA	
Data de	Mãe: ELZA ARRUDA CONCHAL		Quarto - Leito: 613-B
Médico:	Nome Social: 4427500 MédRENATO ARANTES LIMA	Nasc03/01/1982 Id: 42	
Data de	Conv.SIH - SUS INTERNACAO	Sexo: M Leito613-B	Convênio: 505
Hipótese Diagnóstico/Antecedentes:	A/C / Insuficiência / HAS 15m		
Avaliação Nutricional			Data: 30/10/24
Condição Física		( ) Deambula	(x) Acamado(a)
Dieta Via Oral	( ) Sim (x) Não	Dieta: _____	
Complemento Nutricional Oral	( ) Sim (x) Não	Complemento: _____	
Dieta Enteral	(x) Sim ( ) Não	Dieta: <u>Insulin Energy</u> Volume: <u>230 ml 1x/dia</u>	
Complemento Nutricional Enteral	( ) Sim (x) Não	Complemento: _____	
Alergia ou intolerância alimentar	Qual: _____	( ) Sim	(x) Não
Alteração Apetite		( ) Sim	(x) Não
Disfagia		( ) Sim	(x) Não
Vômitos		( ) Sim	(x) Não
Evacuação		(x) Diarreia	( ) Obstipação
Lado Medido		( ) Direito	( ) Esquerdo
Altura do joelho (AJ)			
Circunferência da Panturrilha (CP)			
Circunferência do Braço (CB)			
Dobra Cutânea Tricipital (PCT)			
Peso Habitual			
Estatura		( ) Estimada	(x) Mensurada
Peso Atual		( ) Estimada	(x) Mensurada
IMC			
Peso Ideal			
% de Perda de Peso			
Diagnóstico Nutricional		Risco Nutricional	
Necessidade Energética Total		2.500Kcal	
Necessidade Proteica Total		120g	



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
COMPARADO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



00907 - CENSO DIETAS

DATA : 30/10/2024 até 30/10/2024 , PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N. CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO)-50001059;50000822;5000111[...]  
CODIGO DO SETOR (CENTRO DE CUSTO) PREDOMINANTE-000004;000188;000183;0000[...]

360375 ANANDA VITORIA BARROS SUZUKI DAMASCENO DIETA ENTERAL PADRONIZADA N

NOME : SEBASTIANA NOGUEIRA DE OLIVEIRA

ATENDIMENT : 4404435 NOME : SEBASTIANA NOGUEIRA DE OLIVEIRA CONV : SIH DATA NASC : 03/04/1950 LEITO : 812-A SETOR : UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

DESCRIÇÃO

OBSERVAÇÕES

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

360111 LIVIA MARIA MORAES DUMONT

NOVASOURCE GC 1.5

40 ML/H SNE

N

NOME : SHEILA SILVA CAMARGOS

ATENDIMENT : 4417753 NOME : SHEILA SILVA CAMARGOS CONV : SIH DATA NASC : 25/07/1979 LEITO : 910-B SETOR : UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

DESCRIÇÃO

OBSERVAÇÕES

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

360109 MIGUEL AUGUSTO RODRIGUES DEL PINO

NOVASOURCE GC 1.5

POE SNE 30 ML/H EM BI

N

NOME : ZILDO ALVES COSTA

ATENDIMENT : 4420970 NOME : ZILDO ALVES COSTA CONV : SIH DATA NASC : 24/05/1971 LEITO : 407-A SETOR : UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

DESCRIÇÃO

OBSERVAÇÕES

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

360275 ANA BEATRIZ THOME DORIBA

NOVASOURCE GC 1.5

30 ML/H SNE

N

Impresso por: WMSA



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
CONVÊNIO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500

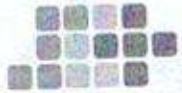


00907 - CENSO DIETAS

DATA: 30/10/2024 ate 30/10/2024 - PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N. CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO)-50001059.50000822.5000111[-] ]  
CODIGO DO SETOR (CENTRO DE CUSTO) PREDOMINANTE-000004.000188.000183.0000[-] ]

PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRICÃO	OBSERVAÇÕES	CONV: SIH	DATA NASC:	LEITO:	MOTIVO CANCELAMENTI	SETOR: UNI
ATENDIMENT: 4421438	NOME: FERRINO NUNES NETTO				20/05/1944	604-A		
PRESCRIÇÃO	ESTER CRISTINA DE ALMEIDA ZEITONI	DIETA ENTERAL PADRONIZADA	PASSAR SONDA NASOENTERICA	N			PRESCRIÇÃO CANCELADA	
NOME: GENILSON DA SILVA LETTE								
ATENDIMENT: 4426999	NOME: GENILSON DA SILVA LETTE				13/05/1971	801-B		
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRICÃO	OBSERVAÇÕES	CONV: SIH	DATA NASC:	LEITO:	MOTIVO CANCELAMENTI	SETOR: UNI
360047	RENATO ARANTES LIMA SIMOES	DIETA ENTERAL	PARA DIABETICO	N			PRESCRIÇÃO CANCELADA	
NOME: ITAMAR SANTIAGO GUTIERREZ								
ATENDIMENT: 4420565	NOME: ITAMAR SANTIAGO GUTIERREZ				31/03/1974	805-B		
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRICÃO	OBSERVAÇÕES	CONV: SIH	DATA NASC:	LEITO:	MOTIVO CANCELAMENTI	SETOR: UNI
360095		NOVASOURCE GC 1.5	30 ML/H POR SNE 6 VEZES AO DIA	N			PRESCRIÇÃO CANCELADA	
NOME: JOAO EURIDES RODRIGUES								
ATENDIMENT: 4423757	NOME: JOAO EURIDES RODRIGUES				16/02/1954	601-A		
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRICÃO	OBSERVAÇÕES	CONV: SIH	DATA NASC:	LEITO:	MOTIVO CANCELAMENTI	SETOR: UNI
360229	EDUARDO MAYRHOFER SARGI	FRESUBIN ENERGY	40ML/H VIA SNE	N			PRESCRIÇÃO CANCELADA	
NOME: LEANDRO ROSA DE OLIVEIRA								
ATENDIMENT: 4425215	NOME: LEANDRO ROSA DE OLIVEIRA				04/11/1973	616-A		
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRICÃO	OBSERVAÇÕES	CONV: SIH	DATA NASC:	LEITO:	MOTIVO CANCELAMENTI	SETOR: UNI
360167	CARLOS ADRIANO SEVERINO DA SILVA	DIETA ENTERAL	50ML/H EM BIC VIA GTT	N			PRESCRIÇÃO CANCELADA	
NOME: MARCIA VICENTE PEREIRA MOREIRA								
ATENDIMENT: 4429381	NOME: MARCIA VICENTE PEREIRA MOREIRA				05/07/1963	618-B		

Impresso por Nator:



## Ficha de Avaliação e Evolução em Terapia Nutricional

Nome: SANTA CASA RIO PRETO		SENHA
Data d Mãe: MARIA DEZANETTI COVRE		Sexo: Quarto - Leito: 619-B
Médic: MARIA FERNANDA M. TR Nasc: 20/05/1946 Id: 78		Convênio: SUS
Data d Dt. At.: 10/10/24 Hora: 18:34 Pront. 727904 INTERNACAO		
Hipótese Diagnóstico/Antecedentes: 10: 10 LE: <u>Palpectomia convencional + drenagem de abscesso subciliar e pélfico (39/10)</u>		
Avaliação Nutricional		Data: 03/10/24
Condição Física	<input checked="" type="checkbox"/> Deambula	<input type="checkbox"/> Acamado(a)
Dieta Via Oral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Dieta: _____
Complemento Nutricional Oral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Complemento: _____
Dieta Enteral	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Dieta: <u>Nutrisource GCS 5</u> Volume: <u>150 ml / 3x/dia</u>
Complemento Nutricional Enteral	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Complemento: <u>Inalisco 30g / 1x/dia</u>
Alergia ou intolerância alimentar	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Qual: _____
Alteração Apetite	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Disfagia	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Vômitos	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Evacuação	<input checked="" type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Obstipação	
Lado Medido	<input type="checkbox"/> Direito <input type="checkbox"/> Esquerdo	
Altura do joelho (AJ)		
Circunferência da Panturrilha (CP)		
Circunferência do Braço (CB)		
Dobra Cutânea Tricipital (PCT)		
Peso Habitual		
Estatura	<input type="checkbox"/> Estimada <input checked="" type="checkbox"/> Mensurada	
Peso Atual	<input type="checkbox"/> Estimada <input checked="" type="checkbox"/> Mensurada	<u>1,53m</u> <u>59,2Kg</u>
IMC		<u>23,15 Kg/m<sup>2</sup></u>
Peso Ideal		
% de Perda de Peso		
Diagnóstico Nutricional		<u>nutricional</u>
Necessidade Energética Total		<u>12343 Kcal</u>
Necessidade Proteica Total		<u>65g</u>



## Ficha de Avaliação e Evolução em Terapia Nutricional

SENHA

Nome: SANTA CASA RIO PRETO  
**ELIANA APARECIDA MARQUES DOS SANTOS**  
 Data de Mãe: ALDINA MARQUES DOS SANTOS  
 Nome Social: 4418048  
 Médico: MÉDIEGO STEFANI BIZINO Nasc: 25/03/1957 Id: 87  
 Conv. SIH - SUS INTERNACAO Sexo: F Leito: 910-A  
 Data de Dt. At.: 11/10/24 Hora: 07:01 Pront. 1144761 INTERNACAO  
 Hipótese Diagnóstico/Antecedentes: PCR mantida 1-Dm 1-DPOC 1-TQT 1-HAS

Avaliação Nutricional		Data: <u>01/10/24</u>
Condição Física		( ) Deambula (x) Acamado(a)
Dieta Via Oral	( ) Sim (x) Não	Dieta: _____
Complemento Nutricional Oral	( ) Sim (x) Não	Complemento: _____
Dieta Enteral	(x) Sim ( ) Não	Dieta: <u>Nutricao GCI 5</u> Volume: <u>30 ml/d</u>
Complemento Nutricional Enteral	(x) Sim ( ) Não	Complemento: <u>Pratexa 30g/1x/dia</u>
Alergia ou intolerância alimentar	( ) Sim (x) Não	Qual: _____
Alteração Apetite	( ) Sim (x) Não	
Disfagia	( ) Sim (x) Não	
Vômitos	( ) Sim (x) Não	
Evacuação	( ) Diarreia (x) Obstipação	
Lado Medido	( ) Direito (x) Esquerdo	
Altura do joelho (AJ)		<u>47 cm</u>
Circunferência da Panturrilha (CP)		<u>29 cm</u>
Circunferência do Braço (CB)		<u>23 cm</u>
Dobra Cutânea Tricipital (PCT)		
Peso Habitual		
Estatura	(x) Estimada ( ) Mensurada	<u>1,60m</u>
Peso Atual	(x) Estimada ( ) Mensurada	<u>44 Kg</u>
IMC		<u>17 Kg/m<sup>2</sup></u>
Peso Ideal		
% de Perda de Peso		
Diagnóstico Nutricional		<u>Desnutrido</u>
Necessidade Energética Total		<u>1.760 Kcal</u>
Necessidade Proteica Total		<u>66g</u>



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
COMPARCASSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



00907 - CENSO DIETAS

DATA - 01/11/2024 ate 01/11/2024 . PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N . CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO)-50001059.50000822.50001111. ]

PRESCRIÇÃO	MÉDICO	CONV:	SIH	DATA NASC:	LEITO:	SETOR:	MOTIVO CANCELAMENT
NOME: ADELAIDE COVRE BACHINI							
ATENDIMENT:	4414130	CONV:	SIH	DATA NASC: 20/05/1946	LEITO: 619-B	SETOR: UNI	
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	CONV:	SIH	DATA NASC:	LEITO:	SETOR:	MOTIVO CANCELAMENT
362128	RAYSSA MARCOSKI RODRIGUES DE ALMEIDA	NOVASOURCE GC 1.5	150ML 3X/DIA		N		
NOME: ANDERSON NEVES DOS SANTOS							
ATENDIMENT:	4426161	CONV:	SIH	DATA NASC: 21/11/1992	LEITO: 908-A	SETOR: UNI	
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	CONV:	SIH	DATA NASC:	LEITO:	SETOR:	MOTIVO CANCELAMENT
361816	MIGUEL AUGUSTO RODRIGUES DEL PINO	NOVASOURCE GC 1.5	POE SNE 30 ML/H EM BI		N		
NOME: ANTONIO FAUSTINO DOS SANTOS							
ATENDIMENT:	4427065	CONV:	SIH	DATA NASC: 03/04/1952	LEITO: 613-A	SETOR: UNI	
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	CONV:	SIH	DATA NASC:	LEITO:	SETOR:	MOTIVO CANCELAMENT
361944	ANA BEATRIZ THOME DORTA	NOVASOURCE GC 1.5	40ML/H VIA SNE		N		
NOME: APARECIDA FERREIRA DE FREITAS							
ATENDIMENT:	4427274	CONV:	SIH	DATA NASC: 19/10/1958	LEITO: 603-A	SETOR: UNI	
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	CONV:	SIH	DATA NASC:	LEITO:	SETOR:	MOTIVO CANCELAMENT
361834	MIGUEL AUGUSTO RODRIGUES DEL PINO	NOVASOURCE GC 1.5	POE SNE 30 ML/H EM BI		N		
NOME: BADER DAHER DA SILVEIRA							
ATENDIMENT:	4429227	CONV:	IAMI	DATA NASC: 03/12/1934	LEITO: 111-A	SETOR: UNI	
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	CONV:	SIH	DATA NASC:	LEITO:	SETOR:	MOTIVO CANCELAMENT
361660	ESTER CRISTINA DE ALMEIDA ZEITUNI	DIETA ENTERAL PADRONIZADA			N		

Impressão por WAISA

LGPD: Relatório pode conter dados pessoais e/ou sensíveis, recomenda-se a destruição após o uso



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



00907 - CENSO DIETAS  
DATA - 01/11/2024 ate 01/11/2024 . PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N . CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO)-50001059.50000822.50001111. ]

PRESCRIÇÃO	MEDICO	DESCRICO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
362077	MIGUEL AUGUSTO RODRIGUES DEL PINO	NOVASOURCE GC 1.5	POE SNE 30 ML/H EM BI	N	
NOME: EUCLIDES PEREIRA					
ATENDIMENT:	4430765	NOME: EUCLIDES PEREIRA	CONV: IAMI	DATA NASC: 28/08/1932	LEITO: 103-B
SETOR: UNI					
PRESCRIÇÃO	MEDICO	DESCRICO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
361670	DIEGO STEFANI BIZINOTO	DIETA ENTERAL PADRONIZADA		N	
NOME: GENILSON DA SILVA LEITE					
ATENDIMENT:	4426999	NOME: GENILSON DA SILVA LEITE	CONV: SIH	DATA NASC: 13/05/1971	LEITO: UTI-13
SETOR: UTI					
PRESCRIÇÃO	MEDICO	DESCRICO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
362174	RENATO ARAANTES LIMA SIMOES	DIETA ENTERAL	PARA DIABETICO	N	
NOME: IUSMA ALVES DE SOUZA GOMES					
ATENDIMENT:	4416480	NOME: IUSMA ALVES DE SOUZA GOMES	CONV: SIH	DATA NASC: 25/06/1969	LEITO: 406-B
SETOR: UNI					
PRESCRIÇÃO	MEDICO	DESCRICO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
361974	ANA BEATRIZ THOME DORLA	FRESUBIN ENERGY	40ML/H	N	
NOME: JARIRIO DE SOUSA					
ATENDIMENT:	4388430	NOME: JARIRIO DE SOUSA	CONV: SIH	DATA NASC: 27/10/1958	LEITO: UTI-16
SETOR: UTI					
PRESCRIÇÃO	MEDICO	DESCRICO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
361979	ANA RACHEL DE OLIVEIRA VERMEJO	NOVASOURCE GC 1.5	40 ML/H SNE	N	
NOME: JOANES FERREIRA DO NASCIMENTO					
ATENDIMENT:	4414173	NOME: JOANES FERREIRA DO NASCIMENTO	CONV: SIH	DATA NASC: 28/01/1953	LEITO: UTI-09
SETOR: UTI					
PRESCRIÇÃO	MEDICO	DESCRICO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT

Impresso por MAISA

LGPD: Relatório pode conter dados pessoais e/ou sensíveis, recomenda-se a destruição após o uso



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
COMPARCASSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR



R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500

00907 - CENSO DIETAS

DATA - 01/11/2024 ate 01/11/2024 . PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N . CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO)-50001059,50000822,50001111. ]

NOME: LUIZA GONZALES ORTEGA  
 CONV: IAMI DATA NASC: 15/12/1933  
 LEITO: 1013 SETOR: SUI

ATENDIMENT: 4425462  
 PRESCRIÇÃO MEDICO DESCRICAO OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT

362202 RENATO ARANTES LIMA SIMOES  
 DIETA ENTERAL N

NOME: MARCIA VICENTE PEREIRA MOREIRA  
 CONV: SIH DATA NASC: 05/07/1963  
 LEITO: 618-A SETOR: UNI

ATENDIMENT: 4429381  
 PRESCRIÇÃO MEDICO DESCRICAO OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT

361845 CINITA SOUZA COSTA  
 FRESUBIN ENERGY 40 ML/H SNE - SUSPENSO ATE 2A ORDE N

NOME: MARIA D ALVA THOMAZ PANTONI  
 CONV: IAMI DATA NASC: 09/06/1935  
 LEITO: 214-A SETOR: UNI

ATENDIMENT: 4413879  
 PRESCRIÇÃO MEDICO DESCRICAO OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT

361901 ANA RACHEL DE OLIVEIRA VERMEJO  
 FRESUBIN ENERGY 40 ML/H SNE N

NOME: MARIA CAMILHO CATUABA SENA  
 CONV: SIH DATA NASC: 29/08/1952  
 LEITO: UTI-56 SETOR: OBS

ATENDIMENT: 4423769  
 PRESCRIÇÃO MEDICO DESCRICAO OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT

362007 LIVIA MARIA MORAES DUMONT  
 DIETA ENTERAL PADRONIZADA N

NOME: MILTON RODRIGUES FERREIRA  
 CONV: UC8HPM DATA NASC: 05/07/1940  
 LEITO: 2006-A SETOR: SUI

ATENDIMENT: 4426014  
 PRESCRIÇÃO MEDICO DESCRICAO OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT

361671 ESTER CRISTINA DE ALMEIDA ZEITUMI  
 DIETA POR GASTROSTOMIA N

NOME: NEUZA MARGARIDA FERREIRA

Impresso por: MARIANA

LGFED. Relatório pode conter dados pessoais e/ou sensíveis, recomenda-se a destruição após o uso



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



00907 - CENSO DIETAS  
DATA - 01/11/2024 ate 01/11/2024 , PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N , CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO)-50001059,50000822,5000111[...]

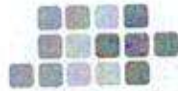
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
361805	JULIANE D AVOGLIO PASTORE	NOVASOURCE GC 1.5	30 ML/H SNE - SUSPENSO ATE 2A ORDE N		

Impresso por: MAISA

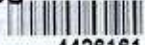


## Ficha de Avaliação e Evolução em Terapia Nutricional

Nome		SANTA CASA RIO PRETO MARTA CAMILHO CATUABA SENA	
Data c		Mãe: INES DE CAMARGO CAMILHO	
Médic		Nome Social: 4423789 MédLIVIA MARIA MORAES D Nasc29/08/1952 Id: 72	
Data c		Conv.SIH - SUS INTERNACAO Sexo: F LeitOUTI-56 Dt.At.: 22/10/24 Hora:21:47 Pront.750517 INTERNACAO	
Hipótese Diagnóstico/Antecedentes:		ITU / DKA / Demência / DRC agudizada / HAS DM	
Avaliação Nutricional		Data: 09/11/24	
Condição Física		<input type="checkbox"/> Deambula <input checked="" type="checkbox"/> Acamado(a)	
Dieta Via Oral		<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Dieta: _____	
Complemento Nutricional Oral		<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Complemento: _____	
Dieta Enteral		<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Dieta: Amulim Energy Volume: 200ml 6x/dia	
Complemento Nutricional Enteral		<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Complemento: _____	
Alergia ou intolerância alimentar		<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Qual: _____	
Alteração Apetite		<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Disfagia		<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Vômitos		<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Evacuação		<input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Obstipação	
Lado Medido		<input type="checkbox"/> Direito <input checked="" type="checkbox"/> Esquerdo Normal	
Altura do joelho (AJ)		47 cm	
Circunferência da Panturrilha (CP)		29 cm	
Circunferência do Braço (CB)		28 cm	
Dobra Cutânea Tricipital (PCT)			
Peso Habitual			
Estatura		<input checked="" type="checkbox"/> Estimada <input type="checkbox"/> Mensurada 1.54m	
Peso Atual		<input checked="" type="checkbox"/> Estimada <input type="checkbox"/> Mensurada 65Kg	
IMC		26 Kg/m <sup>2</sup>	
Peso Ideal			
% de Perda de Peso			
Diagnóstico Nutricional		Risco Nutricional	
Necessidade Energética Total		1.030 Kcal	
Necessidade Proteica Total		73g	



## Ficha de Avaliação e Evolução em Terapia Nutricional

Nome: SANTA CASA RIO PRETO		SENHA
Nome: ANDERSON NEVES DOS SANTOS		
Mãe: ANAIR NEVES	 4426161	Sexo: Quarto - Leito: 908-A
Nome Social:		4426161
Médico: MANUEL PEDRO DE CAR	Nasc: 21/11/1992 Id: 32	
Conv. SIH - SUS INTERNACAO	Sexo: M Leito: 908-A	Convênio: SUS
Data: Dt. At.: 25/10/24	Hora: 07:14	Pront.: 11532951 INTERNACAO
Hipótese Diagnóstico/Antecedentes: <i>pneumotórax na direita / TQT</i>		

Avaliação Nutricional	Data: <i>04/10/24</i>
Condição Física	( ) Deambula      (x) Acamado(a)
Dieta Via Oral	( ) Sim    (x) Não    Dieta: _____
Complemento Nutricional Oral	( ) Sim    (x) Não    Complemento: _____
Dieta Enteral	(x) Sim    ( ) Não    Dieta: <i>Nutrosone GC1.5</i> Volume: <i>30ml / h</i>
Complemento Nutricional Enteral	(x) Sim    ( ) Não    Complemento: <i>Inoluxa 150g / 2x1 dia</i>
Alergia ou intolerância alimentar	( ) Sim      (x) Não Qual: _____
Alteração Apetite	(x) Sim      ( ) Não
Disfagia	(x) Sim      ( ) Não
Vômitos	( ) Sim      (x) Não
Evacuação	( ) Diarreia      ( ) Obstipação <i>Normal</i>
Lado Medido	( ) Direito      ( ) Esquerdo
Altura do joelho (AJ)	
Circunferência da Panturrilha (CP)	
Circunferência do Braço (CB)	
Dobra Cutânea Tricipital (PCT)	
Peso Habitual	
Estatura	( ) Estimada      (x) Mensurada
Peso Atual	( ) Estimada      (x) Mensurada <i>1.69m</i>
IMC	<i>56kg</i> <i>19.60 kg/m<sup>2</sup></i>
Peso Ideal	
% de Perda de Peso	
Diagnóstico Nutricional	<i>Desnutrição</i>
Necessidade Energética Total	<i>1.772 Kcal</i>
Necessidade Proteica Total	<i>84g</i>



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



00907 - CENSO DIETAS

DATA - 04/11/2024 ate 04/11/2024 , PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N , CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO)-50001059,50000822,5000111L.]

NOME: ABEL VICENTE PEREZ

ATENDIMENT: 4433144 NOME: ABEL VICENTE PEREZ

CONV: SIH DATA NASC: 19/08/1956

LEITO: 888-A

SETOR: UMI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

DESCRIÇÃO

OBSERVAÇÕES

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

363898

DIETA ENTERAL PADRONIZADA

N

NOME: ANDERSON NEVES DOS SANTOS

ATENDIMENT: 4426161 NOME: ANDERSON NEVES DOS SANTOS

CONV: SIH DATA NASC: 21/11/1992

LEITO: 908-A

SETOR: UMI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

DESCRIÇÃO

OBSERVAÇÕES

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

363946 MIGUEL AUGUSTO RODRIGUES DEL PINO

NOVASOURCE GC 1.5

POE SNE 30 ML/H EM BI

N

NOME: ANTONIO FAUSTINO DOS SANTOS

ATENDIMENT: 4427865 NOME: ANTONIO FAUSTINO DOS SANTOS

CONV: SIH DATA NASC: 03/04/1952

LEITO: 613-A

SETOR: UMI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

DESCRIÇÃO

OBSERVAÇÕES

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

363966 APARECIDO PEREIRA NETO

NOVASOURCE GC 1.5

40ML/H VIA SNE

N

NOME: APARECIDA ALVES PEREIRA

ATENDIMENT: 4432976 NOME: APARECIDA ALVES PEREIRA

CONV: SIH DATA NASC: 04/11/1939

LEITO: 982-A

SETOR: UMI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

DESCRIÇÃO

OBSERVAÇÕES

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

363956 ESTER CRISTINA DE ALMEIDA ZEITONI

DIETA ENTERAL PADRONIZADA

N

NOME: APARECIDA FERREIRA DE FREITAS

ATENDIMENT: 4427274 NOME: APARECIDA FERREIRA DE FREITAS

CONV: SIH DATA NASC: 19/10/1958

LEITO: 683-A

SETOR: UMI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

DESCRIÇÃO

OBSERVAÇÕES

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

363975 MIGUEL AUGUSTO RODRIGUES DEL PINO

NOVASOURCE GC 1.5

POE SNE 30 ML/H EM BI

N

NOME: BRASÍLINA BASSI PAMHOZZI

Impresso por: KALISA

LGPD: Relatório pode conter dados pessoais e/ou sensíveis, recomenda-se a destruição após o uso



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R. Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



00907 - CENSO DIETAS

DATA: 04/11/2024 ate 04/11/2024 . PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? . N . CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO)-50001059,50000822,50001111. J

PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
363963	JULIANE D. AVOGLIO PASTORE	FRESUBIN ENERGY	30 ML/H SNE	N	
NOME: EUCLIDES PEREIRA					
ATENDIMENT: 4430765 NOME: EUCLIDES PEREIRA CONV: IAMI DATA NASC: 28/08/1932 LETTO: 103-B SETOR: UNI					
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
363814	DIEGO STEFANI BIZINOTO	DIETA ENTERAL PADRONIZADA		N	
NOME: FRANCISCA RODRIGUES SILVA MAGRO					
ATENDIMENT: 4434288 NOME: FRANCISCA RODRIGUES SILVA MAGRO CONV: SIH DATA NASC: 14/12/1940 LETTO: 618-A SETOR: UNI					
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
364373		DIETA ENTERAL		N	
NOME: GENILSON DA SILVA LETTE					
ATENDIMENT: 4426999 NOME: GENILSON DA SILVA LETTE CONV: SIH DATA NASC: 13/05/1971 LETTO: UTI-13 SETOR: UTI					
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
364086	ANA BEATRIZ THOME DORIA	NOVASOURCE GC 1.5	30 ML/H SNE	N	
NOME: IONE TEIXEIRA BATELO					
ATENDIMENT: 4434467 NOME: IONE TEIXEIRA BATELO CONV: BPA DATA NASC: 06/02/1949 LETTO: SETOR:					
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
364529		DIETA ENTERAL		N	
NOME: IRACI DA SILVA VICOZO					
ATENDIMENT: 4432925 NOME: IRACI DA SILVA VICOZO CONV: SIH DATA NASC: 18/04/1951 LETTO: 602-B SETOR: UNI					
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT

Impressão por MATISA

LGPD - Relatório pode conter dados pessoais e/ou sensíveis, recomenda-se a destruição após o uso



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
COMPROVAÇÃO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



00907 - CENSO DIETAS

DATA - 04/11/2024 ate 04/11/2024 - PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N. CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO): 50001059,50000822,5000111[...]

NOME : LEANDRO ROSA DE OLIVEIRA

ATENDIMENT : 4425215 NOME : LEANDRO ROSA DE OLIVEIRA CONV: SIH DATA NASC: 04/11/1973 LETTO: 616-A SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRICÃO OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT

363981 CARLOS ADRIANO SEVERINO DA SILVA DIETA ENTERAL 50ML/H EM BIC VIA GTT N

NOME : LEIA SILVA MARIA ALVES DE SOUZA

ATENDIMENT : 4420898 NOME : LEIA SILVA MARIA ALVES DE SOUZA CONV: SIH DATA NASC: 09/06/1956 LETTO: UT119 SETOR: UTI

PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRICÃO OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT

363960 ESTER CRISTINA DE ALMEIDA ZEITUMI DIETA ENTERAL N

NOME : LUIZ AMERICO GUERRA

ATENDIMENT : 4433282 NOME : LUIZ AMERICO GUERRA CONV: IAMI DATA NASC: 24/04/1940 LETTO: UT16 SETOR: UTI

PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRICÃO OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT

363783 NOVASOURCE GC 1.5 30ML/H VIA SNE N

364124 APARECIDO PEREIRA NETO NOVASOURCE GC 1.5 30ML/H VIA SNE N

NOME : LUIZA GONZALES ORTEGA

ATENDIMENT : 4425462 NOME : LUIZA GONZALES ORTEGA CONV: IAMI DATA NASC: 15/12/1933 LETTO: 1013 SETOR: SUI

PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRICÃO OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT

364360 RENATO ARANTES LIMA SIMOES DIETA ENTERAL N

NOME : MANOEL PERES

ATENDIMENT : 4434632 NOME : MANOEL PERES CONV: SIH DATA NASC: 24/03/1955 LETTO: 616-B SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRICÃO OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT

364600 MAIRA NAVARRO DE PAOJA ARANTES FRESUBIN ENERGY 20 ML/H SNE N

NOME : MARCENE VALENTIM DOS SANTOS

Impresso por: MALISA



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



00907 - CENSO DIETAS  
DATA - 04/11/2024 ate 04/11/2024 . PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N. CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO)-50001059.50000822.5000111[.]

PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
363844	LIVIA MARIA MORAES DUMONT	DIETA ENTERAL PADRONIZADA		N	
NOME : OSVALDO PEREIRA DE LIMA					
ATENDIMENT : 4427526 NOME : OSVALDO PEREIRA DE LIMA					
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
364137	APARECIDO PEREIRA NETO	NOVASOURCE GC 1.5	30ML/H VIA SNE	N	
NOME : PEDRO FEMIANO					
ATENDIMENT : 4428971 NOME : PEDRO FEMIANO					
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
363916	MIGUEL AUGUSTO RODRIGUES DEL PINO	FRESUBIN ENERGY	40ML/H POR SNE	N	
NOME : SILVIA ALVES BORGES DE SOUSA					
ATENDIMENT : 4427253 NOME : SILVIA ALVES BORGES DE SOUSA					
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
364030	APARECIDO PEREIRA NETO	NOVASOURCE GC 1.5	40ML/H	N	
NOME : VALDEVINO MARQUES					
ATENDIMENT : 4423784 NOME : VALDEVINO MARQUES					
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
363962	RODRIGO CARREIRA GERALDE	NOVASOURCE GC 1.5	40 ML SNE	N	
NOME : ZILDO ALVES COSTA					
ATENDIMENT : 4420970 NOME : ZILDO ALVES COSTA					
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT

Impresso por MATSA



## Ficha de Avaliação e Evolução em Terapia Nutricional

**Nome:** SANTA CASA RIO PRETO  
**Nome:** FRANCISCA RODRIGUES SILVA MAGRO  
**Data d:** Mãe: ROSA RODRIGUES SILVA  
 Nome Social:  
**Médic:** Méd. CARLA M RODRIGUES  
 Conv. SIH - SUS INTERNACAO  
**Data d:** Dt. At.: 04/11/24 Hora: 14:57 Pront. 788367 INTERNACAO  
**Hipótese Diagnóstico/Antecedentes:** CA estomac metastática / importante / HAS

Avaliação Nutricional	Data: 05/11/24
Condição Física	<input type="checkbox"/> Deambula <input checked="" type="checkbox"/> Acamado(a)
Dieta Via Oral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não    Dieta: _____
Complemento Nutricional Oral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não    Complemento: _____
Dieta Enteral	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não    Dieta: <u>Inserulin Energy</u> Volume: <u>200 ml 1x/dia</u>
Complemento Nutricional Enteral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não    Complemento: _____
Alergia ou intolerância alimentar	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
Alteração Apetite	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
Disfagia	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
Vômitos	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
Evacuação	<input type="checkbox"/> Diarreia <input checked="" type="checkbox"/> Obstipação
Lado Medido	<input type="checkbox"/> Direito <input type="checkbox"/> Esquerdo
Altura do joelho (AJ)	
Circunferência da Panturrilha (CP)	
Circunferência do Braço (CB)	
Dobra Cutânea Tricipital (PCT)	
Peso Habitual	
Estatura	<input type="checkbox"/> Estimada <input checked="" type="checkbox"/> Mensurada
Peso Atual	<input type="checkbox"/> Estimada <input checked="" type="checkbox"/> Mensurada <u>1.59 m</u>
IMC	<u>40 Kg</u>
Peso Ideal	<u>16 Kg/m<sup>2</sup></u>
% de Perda de Peso	
Diagnóstico Nutricional	<u>Desnutrido</u>
Necessidade Energética Total	<u>1.600 Kcal</u>
Necessidade Proteica Total	<u>60g</u>



## Ficha de Avaliação e Evolução em Terapia Nutricional

Nome: SANTA CASA RIO PRETO  
ANTONIO FAUSTINO DOS SANTOS  
Data d Mãe: ELPIDIA ISIDORA DE JESUS  
Nome Social: 4427065  
Médic: MédROGERIO DEL ARCO Nasc03/04/1952 Id: 72  
Conv.SIH - SUS INTERNACAO Sexo: M Leito613-A  
Data d Dt.At.: 25/10/24 Hora:19:45 Pront.1050918INTERNACAO

Sexo: Quarto - Leito: 613-A

Convênio: SUS

Hipótese Diagnóstico/Antecedentes: DM2 / Hipertensão / 10<sup>o</sup> TO TIO cirúrgica de HSA + Proctoplastia HAS

Avaliação Nutricional Data: 05/11/24

Condição Física  Deambula  Acamado(a)

Dieta Via Oral  Sim  Não Dieta: \_\_\_\_\_

Complemento Nutricional Oral  Sim  Não Complemento: \_\_\_\_\_

Dieta Enteral  Sim  Não Dieta: Normocor GCL 5 Volume: 40ml/dia

Complemento Nutricional Enteral  Sim  Não Complemento: Proteica 30g 1x/dia

Alergia ou intolerância alimentar Qual:  Sim  Não

Alteração Apetite  Sim  Não

Disfagia  Sim  Não

Vômitos  Sim  Não

Evacuação  Diarreia  Obstipação

Lado Medido  Direito  Esquerdo Normal

Altura do Joelho (AJ) 48 cm

Circunferência da Panturrilha (CP) 23 cm

Circunferência do Braço (CB) 29 cm

Dobra Cutânea Tricipital (PCT)

Peso Habitual

Estatura  Estimada  Mensurada 1,58 m

Peso Atual  Estimada  Mensurada 50,67 Kg

IMC 20,36 kg/m<sup>2</sup>

Peso Ideal

% de Perda de Peso

Diagnóstico Nutricional Desnutrição

Necessidade Energética Total 1.620 Kcal

Necessidade Proteica Total 50,6 g/dia



### Ficha de Avaliação e Evolução em Terapia Nutricional

Nome:	SANTA CASA RIO PRETO	SENHA	
Mãe:	AUGUSTA LUCIANO VIEIRA		
Data d	Mãe: AUGUSTA IZABEL		Sexo: Quarto - Leito: 619-B
Médic:	Nome Social: 4435202	Nasc: 18/10/1942 Id: 82	
	Méd: MANUEL PEDRO DE CAR	Sexo: F Leito: 619-B	
Data c	Conv. SIH - SUS INTERNACAO		Convênio: SUS
	Dt. At.: 05/11/24 Hora: 09:21 Pront. 1152568 INTERNACAO		
Hipótese Diagnóstico/Antecedentes:	✓) POC / Pneumonia		

Avaliação Nutricional	Data: 05/11/24	
Condição Física	<input type="checkbox"/> Deambula	<input checked="" type="checkbox"/> Acamado(a)
Dieta Via Oral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Dieta: _____
Complemento Nutricional Oral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Complemento: _____
Dieta Enteral	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Dieta: <u>Amulín Energy</u> Volume: <u>200ml 1x/dia</u>
Complemento Nutricional Enteral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Complemento: _____
Alergia ou intolerância alimentar	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Qual: _____
Alteração Apetite	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Disfagia	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Vômitos	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Evacuação	<input type="checkbox"/> Diarreia <input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Obstipação
Lado Medido	<input checked="" type="checkbox"/> Direito	<input type="checkbox"/> Esquerdo
Altura do joelho (AJ)	44 cm	
Circunferência da Panturrilha (CP)	25 cm	
Circunferência do Braço (CB)	21 cm	
Dobra Cutânea Tricipital (PCT)		
Peso Habitual		
Estatura	<input checked="" type="checkbox"/> Estimada <input type="checkbox"/> Mensurada	1.50m
Peso Atual	<input checked="" type="checkbox"/> Estimada <input type="checkbox"/> Mensurada	40Kg
IMC	18 Kg/m <sup>2</sup>	
Peso Ideal		
% de Perda de Peso		
Diagnóstico Nutricional	Demnutrido	
Necessidade Energética Total	1.600 Kcal	
Necessidade Proteica Total	60g	



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
COMPARTEILHASO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



00907 - CENSO DIETAS  
DATA : 05/11/2024 ate 05/11/2024 . PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N . CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO) : 50001059 . 50000822 . 50001111 . ]

NOME : ANDERSON NEVES DOS SANTOS

ATENDIMENT : 4426161 NOME : ANDERSON NEVES DOS SANTOS CONV : SIH DATA NASC : 21/11/1992 LEITO : 908-A SETOR : UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRIÇÃO OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT

364836 MIGUEL AUGUSTO RODRIGUES DEL PINO NOVASOURCE GC 1.5 POE SNE 30 ML/H EM BI N

NOME : ANTONIO FAUSTINO DOS SANTOS

ATENDIMENT : 4427865 NOME : ANTONIO FAUSTINO DOS SANTOS CONV : SIH DATA NASC : 03/04/1952 LEITO : 613-A SETOR : UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRIÇÃO OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT

364968 MARIA ADRIANA ALMEIDA DA COSTA LIMA NOVASOURCE GC 1.5 40ML/H VIA SNE N

NOME : APARECIDA ALVES PEREIRA

ATENDIMENT : 4432976 NOME : APARECIDA ALVES PEREIRA CONV : SIH DATA NASC : 04/11/1939 LEITO : 902-A SETOR : UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRIÇÃO OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT

364838 ESTER CRISTINA DE ALMEIDA ZEITUNI DIETA ENTERAL PADRONIZADA N

NOME : APARECIDA FERREIRA DE FREITAS

ATENDIMENT : 4427274 NOME : APARECIDA FERREIRA DE FREITAS CONV : SIH DATA NASC : 19/10/1958 LEITO : 603-A SETOR : UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRIÇÃO OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT

364875 MIGUEL AUGUSTO RODRIGUES DEL PINO NOVASOURCE GC 1.5 POE SNE 30 ML/H EM BI N

NOME : AUGUSTA LUCIANO VIEIRA

ATENDIMENT : 4435202 NOME : AUGUSTA LUCIANO VIEIRA CONV : SIH DATA NASC : 18/10/1942 LEITO : 619-B SETOR : UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRIÇÃO OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT

365263 DIETA ENTERAL N

NOME : BRASILIANA BASSI PANNHOZZI

Impresso por: MAISA



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



00907 - CENSO DIETAS

DATA - 05/11/2024 ate 05/11/2024 . PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N . CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO): 50001059; 500000822; 50001111...]

PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
364846	JULIANE D AVOGLIO PASTORE	FRESUBIN ENERGY	30 ML/H SNE	N	
364933	JULIANE D AVOGLIO PASTORE	FRESUBIN ENERGY	30 ML/H SNE	N	
NOME : FRANCISCA RODRIGUES SILVA MAGRO					
ATENDIMENT : 4434288 NOME : FRANCISCA RODRIGUES SILVA MAGRO CONV: SIH DATA NASC: 14/12/1940 LETITO: 618-A SETOR: UNI					
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
364697	CARLA MARIA RODRIGUES DE CARVALHO	DIETA ENTERAL		N	
NOME : GENILSON DA SILVA LEITE					
ATENDIMENT : 4426999 NOME : GENILSON DA SILVA LEITE CONV: SIH DATA NASC: 13/05/1971 LETITO: UTI-13 SETOR: UTI					
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
364826	APARECIDO PEREIRA NETO	NOVASOURCE GC 1.5	30 ML/H SNE	N	
NOME : IONE TEIXEIRA BATELO					
ATENDIMENT : 4434637 NOME : IONE TEIXEIRA BATELO CONV: SIH DATA NASC: 06/02/1949 LETITO: FER03 SETOR: ENF					
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
364732	DIEGO STEFANI BIZINOTO	DIETA ENTERAL		N	
NOME : IRACI DA SILVA VICOZO					
ATENDIMENT : 4432925 NOME : IRACI DA SILVA VICOZO CONV: SIH DATA NASC: 18/04/1951 LETITO: 602-B SETOR: UNI					
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
365033	CARLOS ADRIANO SEVERINO DA SILVA	DIETA ENTERAL PADRONIZADA		N	
NOME : IUSMA ALVES DE SOUZA GOMES					
ATENDIMENT : 4416480 NOME : IUSMA ALVES DE SOUZA GOMES CONV: SIH DATA NASC: 25/06/1969 LETITO: 406-B SETOR: UNI					

Impresso por: WATISA

LGPD: Relatório pode conter dados pessoais e/ou sensíveis, recomenda-se a destruição após o uso



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
COPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



00907 - CENSO DIETAS  
DATA - 05/11/2024 ate 05/11/2024 . PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N. CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO)-50001059.500000822.5000111[...]

NOME : LEIA SILVA MARIA ALVES DE SOUZA

ATENDEMENT : 4420898 NOME : LEIA SILVA MARIA ALVES DE SOUZA CONV: SIH DATA NASC: 09/06/1956 LETITO: UT119 SETOR: UTI

PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRIÇÃO OBSERVAÇÕES OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT

364895 ESTER CRISTINA DE ALMEIDA ZEITUNI DIETA ENTERAL N N

365314 ANA BEATRIZ THOME DORIA NOVASOURCE GC 1.5 30 ML/H SNE N N

NOME : LUIZ AMERICO GUERRA

ATENDEMENT : 4433282 NOME : LUIZ AMERICO GUERRA CONV: IAMI DATA NASC: 24/04/1948 LETITO: UT16 SETOR: UTI

PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRIÇÃO OBSERVAÇÕES OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT

365041 MARIA ADRIANA ALMEIDA DA COSTA LIMA NOVASOURCE GC 1.5 40ML/H VIA SNE N N

NOME : MANOEL PERES

ATENDEMENT : 4434632 NOME : MANOEL PERES CONV: SIH DATA NASC: 24/03/1955 LETITO: 616-B SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRIÇÃO OBSERVAÇÕES OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT

364934 ANA RACHEL DE OLIVEIRA VERMEJO FRESUBIN ENERGY 20 ML/H SNE N N

NOME : MARCENE VALENTIM DOS SANTOS

ATENDEMENT : 4434224 NOME : MARCENE VALENTIM DOS SANTOS CONV: SIH DATA NASC: 19/03/1978 LETITO: 812-A SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRIÇÃO OBSERVAÇÕES OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT

364897 APARECIDO PEREIRA NETO FRESUBIN ENERGY 30 ML/H SNE N N

NOME : MARCIA VICENTE PEREIRA MOREIRA

ATENDEMENT : 4429381 NOME : MARCIA VICENTE PEREIRA MOREIRA CONV: SIH DATA NASC: 05/07/1963 LETITO: 618-A SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRIÇÃO OBSERVAÇÕES OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT

364879 ANA RACHEL DE OLIVEIRA VERMEJO FRESUBIN ENERGY 20 ML/H SNE - SUSPENSO ATE 2A ORDE N N

Impresso por: REISA

LGPD: Relatório pode conter dados pessoais e/ou sensíveis, recomenda-se a destruição após o uso



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
COMPARCULSSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



00907 - CENSO DIETAS  
DATA - 05/11/2024 ate 05/11/2024 , PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N , CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO)-50001059,50000822,5000111[. ]

PRESCRIÇÃO	MEDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
------------	--------	-----------	-------------	----------------------	--------------------

364744	MATHEUS BONFIM DOMINGOS	NOVASOURCE GC 1.5	20 ML/H SNE	N	
--------	-------------------------	-------------------	-------------	---	--



## Ficha de Avaliação e Evolução em Terapia Nutricional

Nome	SANTA CASA RIO PRETO BRASILINA BASSI PANHOZZI		SENHA
Data	Mãe: MALVINA BARIANI		Sexo: Quarto - Leito: 802-A
Médico	Nome Social: 4433268	Nasc: 14/09/1928 Id: 96	
	Méd: CARLOS ADRIANO SEVER	Sexo: F Leito: 802-A	
Data	Conv. SIH - SUS INTERNACAO	Di. Al.: 03/11/24 Hora: 18:36 Pront. 20412 INTERNACAO	Convênio: SUS
Hipótese Diagnóstico/Antecedentes:	Depos de foco cutânea		
Avaliação Nutricional	Data: 06/11/24		
Condição Física	<input type="checkbox"/> Deambula <input checked="" type="checkbox"/> Acamado(a)		
Dieta Via Oral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Dieta: _____		
Complemento Nutricional Oral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Complemento: _____		
Dieta Enteral	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Dieta: <u>Amulisa Energy</u> Volume: <u>200ml 6x/dia</u>		
Complemento Nutricional Enteral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Complemento: _____		
Alergia ou intolerância alimentar	Qual: _____ <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		
Alteração Apetite	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Disfagia	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		
Vômitos	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		
Evacuação	<input type="checkbox"/> Diarreia <input checked="" type="checkbox"/> Obstipação		
Lado Medido	<input type="checkbox"/> Direito <input checked="" type="checkbox"/> Esquerdo		
Altura do joelho (AJ)	43 cm		
Circunferência da Panturrilha (CP)	33 cm		
Circunferência do Braço (CB)	30 cm		
Dobra Cutânea Tricipital (PCT)			
Peso Habitual			
Estatura	<input checked="" type="checkbox"/> Estimada <input type="checkbox"/> Mensurada		
Peso Atual	<input checked="" type="checkbox"/> Estimada <input type="checkbox"/> Mensurada		
IMC	1,40 m 58 Kg 26 Kg/m <sup>2</sup>		
Peso Ideal			
% de Perda de Peso			
Diagnóstico Nutricional	Risco Nutricional		
Necessidade Energética Total	2.030 Kcal		
Necessidade Proteica Total	87g		



### Ficha de Avaliação e Evolução em Terapia Nutricional

Nome: SANTA CASA RIO PRETO SENHA		Sexo: <u>Quarto - Leito: 406-B</u>	
Data: Mãe: MARGARIDA BRASILINA DE SOUZA Nome Social: <u>4416480</u>		Convênio: <u>SUS</u>	
Médico: Méd REGINALDO PEREIRA DE Nasc 25/06/1969 Id: 55 Conv. SIH - SUS INTERNACAO Sexo: F Leito 406-B		Data: Dt. At.: 14/10/24 Hora: 15:44 Pront. 1151137 INTERNACAO	
Hipótese Diagnóstico/Antecedentes: <u>21:10 Úlcera na área mital e parica, ulceração cardiogênica, ventriculo</u>			
Avaliação Nutricional		Data: <u>06/11/24</u>	
Condição Física		<input checked="" type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Acamado(a)	
Dieta Via Oral		<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Dieta: _____	
Complemento Nutricional Oral		<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Complemento: _____	
Dieta Enteral		<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Dieta: <u>Legitimare</u> Volume: <u>40ml 1h</u>	
Complemento Nutricional Enteral		<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Complemento: <u>Insulina 30q 1x1 dia</u>	
Alergia ou intolerância alimentar		<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Qual: _____	
Alteração Apetite		<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Disfagia		<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Vômitos		<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Evacuação		<input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Obstipação	
Lado Medido		<input type="checkbox"/> Direito <u>Normal</u> <input type="checkbox"/> Esquerdo	
Altura do joelho (AJ)			
Circunferência da Panturrilha (CP)			
Circunferência do Braço (CB)			
Dobra Cutânea Tricipital (PCT)			
Peso Habitual			
Estatura		<input type="checkbox"/> Estimada <input checked="" type="checkbox"/> Mensurada	
Peso Atual		<input type="checkbox"/> Estimada <input checked="" type="checkbox"/> Mensurada	
IMC		<u>1,51m</u> <u>59kg</u> <u>23,90 kg/m<sup>2</sup></u>	
Peso Ideal			
% de Perda de Peso			
Diagnóstico Nutricional		<u>Distúrbio</u>	
Necessidade Energética Total		<u>1744 Kcal</u>	
Necessidade Proteica Total		<u>81,75g</u>	



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



00907 - CENSO DIETAS  
DATA - 06/11/2024 ate 06/11/2024 , PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N. CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO)-50001059,50000822,50001111. ]

**NOME: ANDERSON NEVES DOS SANTOS**

ATENDEMENTO: 4426161 NOME: ANDERSON NEVES DOS SANTOS CONV: SIH DATA NASC: 21/11/1992 LEITO: 988-A SETOR: UNI  
 PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRICÃO OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT  
 365667 MIGUEL AUGUSTO RODRIGUES DEL PINO NOVASOURCE GC 1.5 POE SNE 30 ML/H EM BI N  
 NOME: ANTONIO FAUSTINO DOS SANTOS

**ATENDEMENTO: 4427065**

NOME: ANTONIO FAUSTINO DOS SANTOS CONV: SIH DATA NASC: 03/04/1952 LEITO: 613-A SETOR: UNI  
 PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRICÃO OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT  
 365683 EDUARDO MAYRHOFFER SARGI NOVASOURCE GC 1.5 40ML/H VIA SNE N  
 NOME: ANTONIO SIDERLEI BALISTA

**ATENDEMENTO: 4429258**

NOME: ANTONIO SIDERLEI BALISTA CONV: SIH DATA NASC: 01/08/1961 LEITO: 615-B SETOR: UNI  
 PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRICÃO OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT  
 365792 FRESUBIN ENERGY 30ML/H VIA SNE N  
 365842 EDUARDO MAYRHOFFER SARGI FRESUBIN ENERGY 30ML/H VIA SNE N  
 NOME: APARECIDA FERREIRA DE FREITAS

**ATENDEMENTO: 4427274**

NOME: APARECIDA FERREIRA DE FREITAS CONV: SIH DATA NASC: 19/10/1958 LEITO: 603-A SETOR: UNI  
 PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRICÃO OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT  
 365741 MIGUEL AUGUSTO RODRIGUES DEL PINO NOVASOURCE GC 1.5 POE SNE 30 ML/H EM BI N  
 NOME: BRASILINA BASSI PANHOZZI

**ATENDEMENTO: 4433268**

NOME: BRASILINA BASSI PANHOZZI CONV: SIH DATA NASC: 14/09/1928 LEITO: 802-A SETOR: UNI  
 PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRICÃO OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT  
 365508 BARBARA RIZZATO ARAUJO DIETA ENTERAL PADRONIZADA N  
 365793 CARLOS ADRIANO SEVERINO DA SILVA DIETA ENTERAL PADRONIZADA N

Impresso por: WARELINE



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR



R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500

00907 - CENSO DIETAS

DATA - 06/11/2024 ate 06/11/2024 , PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N. CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO)-50001059,50000822,50001111..]

NOME : FRANCISCA RODRIGUES SILVA MAGRO

ATENDIMENT : 4434288 NOME : FRANCISCA RODRIGUES SILVA MAGRO CONV: SIH DATA NASC: 14/12/1940 LETTO: 618-A SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRIÇÃO OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT

365538 CARLA MARIA RODRIGUES DE CARVALHO DIETA ENTERAL N

NOME : GENILSON DA SILVA LETTE

ATENDIMENT : 4426999 NOME : GENILSON DA SILVA LETTE CONV: SIH DATA NASC: 13/05/1971 LETTO: UTI-13 SETOR: UTI

PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRIÇÃO OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT

365781 ANA BEATRIZ THOME DORIA NOVASOURCE GC 1.5 N

366098 RENATO ARANTES LIMA SIMOES NOVASOURCE GC 1.5 N

NOME : IRACI DA SILVA VICOZO

ATENDIMENT : 4432925 NOME : IRACI DA SILVA VICOZO CONV: SIH DATA NASC: 18/04/1951 LETTO: 602-B SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRIÇÃO OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT

365928 CARLOS ADRIANO SEVERINO DA SILVA DIETA ENTERAL PADRONIZADA N

NOME : IUSMA ALVES DE SOUZA GOMES

ATENDIMENT : 4416480 NOME : IUSMA ALVES DE SOUZA GOMES CONV: SIH DATA NASC: 25/06/1969 LETTO: 406-B SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRIÇÃO OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT

365696 EDUARDO MAYRHOFFER SARGI PEPTIMAX 40ML/H VIA SNE N

NOME : JOANES FERREIRA DO NASCIMENTO

ATENDIMENT : 4414173 NOME : JOANES FERREIRA DO NASCIMENTO CONV: SIH DATA NASC: 28/01/1953 LETTO: UTI-09 SETOR: UTI

PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRIÇÃO OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT

365669 JULIANE D AVOGLIO PASTORE NOVASOURCE GC 1.5 40 ML/H SNE N

NOME : JOSE CARDOSO SILVA

Impresso por: MAÍSA



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



00907 - CENSO DIETAS

DATA : 06/11/2024 ate 06/11/2024 , PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N. CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO)-50001059,50000822,50001111.- J

PRESCRIÇÃO	MEDICO	DESCRICAÇÃO	OBSERVAÇÕES	CONV:	SIH	DATA NASC:	LEITO:	SETOR:	MOTIVO CANCELAMENT
365791	ANA RACHEL DE OLIVEIRA VERMEJO	FRESUBIN ENERGY	20 ML/H SNE	CONV:	SIH	19/03/1970	812-A	UNI	CANCELADA
NOME: MARCENE VALENTIM DOS SANTOS									
ATENDEMENT: 4434224									
PRESCRIÇÃO	MEDICO	DESCRICAÇÃO	OBSERVAÇÕES	CONV:	SIH	DATA NASC:	LEITO:	SETOR:	MOTIVO CANCELAMENT
365810	ANA BEATRIZ THOME DONIA	FRESUBIN ENERGY	30 ML/H SNE	CONV:	SIH	05/07/1963	618-A	UNI	CANCELADA
NOME: MARCIA VICENTE PEREIRA MOREIRA									
ATENDEMENT: 4429381									
PRESCRIÇÃO	MEDICO	DESCRICAÇÃO	OBSERVAÇÕES	CONV:	SIH	DATA NASC:	LEITO:	SETOR:	MOTIVO CANCELAMENT
366052	RENATO ARANTES LIMA SIMOES	FRESUBIN ENERGY	20 ML/H SNE - SUSPENSO ATE 2A ORDE N	CONV:	SIH	03/01/1964	617-B	UNI	CANCELADA
NOME: MARIA APARECIDA DOS ANJOS									
ATENDEMENT: 4431897									
PRESCRIÇÃO	MEDICO	DESCRICAÇÃO	OBSERVAÇÕES	CONV:	SIH	DATA NASC:	LEITO:	SETOR:	MOTIVO CANCELAMENT
365721	EDUARDO MAYRHOFER SARGI	FRESUBIN ENERGY	30 ML/H POR SNE	CONV:	SIH	17/11/1958	FER04	ENF	CANCELADA
NOME: MARIA APARECIDA TEODORO BARROZA									
ATENDEMENT: 4435840									
PRESCRIÇÃO	MEDICO	DESCRICAÇÃO	OBSERVAÇÕES	CONV:	SIH	DATA NASC:	LEITO:	SETOR:	MOTIVO CANCELAMENT
365562	SERGIO PAPARELI JUNIOR	DIETA ENTERAL		CONV:	IAMI	09/06/1935	214-A	UNI	CANCELADA
365563	SERGIO PAPARELI JUNIOR	DIETA ENTERAL		CONV:	IAMI	09/06/1935	214-A	UNI	CANCELADA
NOME: MARIA D ALVA THOMAZ PANTONI									
ATENDEMENT: 4413879									
NOME: MARIA D ALVA THOMAZ PANTONI									

Impresso por: JAVISA



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
CONFIABILIDADE COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



00907 - CENSO DIETAS

DATA - 06/11/2024 ate 06/11/2024 . PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N . CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO)-50001059,50000822,50001111. J

NOME : VALDEVINO MARQUES

ATENDIMENT : 4423784

NOME : VALDEVINO MARQUES

CONV: SIH DATA NASC: 25/07/1941

LEITO: UTI-11

SETOR: UTI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

365800 ANA RACHEL DE OLIVEIRA VERMEJO

NOVASOURCE GC 1.5

40 ML SNE

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

NOME : VANESSA APARECIDA MARTINS BINOTTI CARDOSO

ATENDIMENT : 4435962

NOME : VANESSA APARECIDA MARTINS BINOTTI CARDOSO

CONV: SIH DATA NASC: 25/08/1982

LEITO: 601-B

SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

365736 MIGUEL AUGUSTO RODRIGUES DEL PINO

FRESUBIN ENERGY

POR SNE 30 ML/H EM BI

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

NOME : VANESSA CAMARGO PASSARINI

ATENDIMENT : 4437126

NOME : VANESSA CAMARGO PASSARINI

CONV: SIH DATA NASC: 23/10/1979

LEITO: UTI10

SETOR: UTI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

366327 MAIRA NAVARRO DE PADUA ARANTES

FRESUBIN ENERGY

20 ML/H SNE

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

NOME : ZILDO ALVES COSTA

ATENDIMENT : 4420970

NOME : ZILDO ALVES COSTA

CONV: SIH DATA NASC: 24/05/1971

LEITO: 407-A

SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

365570 MATEUS BONFIM DOMINGOS

NOVASOURCE GC 1.5

20 ML/H SNE

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

Impresso por: MAISA



### Ficha de Avaliação e Evolução em Terapia Nutricional

Nome: SANTA CASA RIO PRETO MANOEL PERES		SENHA
Data d	Mãe: GENY SILVA PERES Nome Social:	Sexo: Quarto - Leito: 616-B
Médic:	MédLIVIA MARIA MORAES D Conv.SIH - SUS INTERNACAO	4434832 Nasc24/03/1955 Id: 69 Sexo: M Leito616-B
Data d	Dt.At.: 04/11/24 Hora:18:30 Pront.1153805INTERNACAO	Convênio: SUS
Hipótese Diagnóstico/Antecedentes: RNC a le HAS / 100 PCR / Tm Denga (?) / Flutter atrial		
Avaliação Nutricional		Data: 07/11/24
Condição Física		( ) Deambula (x) Acamado(a)
Dieta Via Oral	( ) Sim (x) Não	Dieta: _____
Complemento Nutricional Oral	( ) Sim (x) Não	Complemento: _____
Dieta Enteral	(x) Sim ( ) Não	Dieta: <u>Amulim Energy</u> Volume: <u>20ml/h</u>
Complemento Nutricional Enteral	( ) Sim (x) Não	Complemento: _____
Alergia ou intolerância alimentar	Qual: _____	( ) Sim (x) Não
Alteração Apetite		(x) Sim ( ) Não
Disfagia		( ) Sim (x) Não
Vômitos		( ) Sim (x) Não
Evacuação		( ) Diarreia (x) Obstipação
Lado Medido		( ) Direito ( ) Esquerdo
Altura do joelho (AJ)		
Circunferência da Panturrilha (CP)		
Circunferência do Braço (CB)		
Dobra Cutânea Tricipital (PCT)		
Peso Habitual		
Estatura	( ) Estimada (x) Mensurada	1,65m
Peso Atual	( ) Estimada (x) Mensurada	50Kg
IMC		18,36 Kg/m <sup>2</sup>
Peso Ideal		
% de Perda de Peso		
Diagnóstico Nutricional		Demulção
Necessidade Energética Total		2.000 Kcal
Necessidade Proteica Total		75g



### Ficha de Avaliação e Evolução em Terapia Nutricional

Nome:	SANTA CASA RIO PRETO	SENHA	
	ANTONIO SIDERLEI BALISTA		
Data de Nascimento:	Mãe: IDALINA LOURENCAO BALISTA		Sexo: Quarto - Leito: 615-B
	Nome Social: 4429258		
Médico:	MédREGINALDO PEREIRA DE NASC01/08/1961 Id: 63		
	Conv.SIH - SUS INTERNACAO Sexo: M Leito615-B		
Data de Admissão:	Dt.At.: 29/10/24 Hora:10:59 Pront.815143 INTERNACAO		Convênio: SUS
Hipótese Diagnóstico/Antecedentes:	3º YO neurovascularização da Mucosida / Hematórax à ©		
	HASI 7824		
Avaliação Nutricional		Data: 07/11/24	
Condição Física		<input checked="" type="checkbox"/> Deambula	<input type="checkbox"/> Acamado(a)
Dieta Via Oral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Dieta: _____	
Complemento Nutricional Oral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Complemento: _____	
Dieta Enteral	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Dieta: <u>Enesulin Energy</u> Volume: <u>30 ml/h</u>	
Complemento Nutricional Enteral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Complemento: _____	
Alergia ou intolerância alimentar		<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
Alteração Apetite	Qual: _____	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
Disfagia		<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
Vômitos		<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
Evacuação		<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Obstipação
Lado Medido		<input type="checkbox"/> Direito	<input checked="" type="checkbox"/> Esquerdo <u>Normal</u>
Altura do joelho (AJ)			
Circunferência da Panturrilha (CP)			
Circunferência do Braço (CB)			
Dobra Cutânea Tricipital (PCT)			
Peso Habitual			
Estatura		<input type="checkbox"/> Estimada	<input checked="" type="checkbox"/> Mensurada
Peso Atual		<input type="checkbox"/> Estimada	<input checked="" type="checkbox"/> Mensurada
IMC			<u>1,77m</u> <u>76,7Kg</u> <u>24,48 kg/m²</u>
Peso Ideal			
% de Perda de Peso			
Diagnóstico Nutricional			<u>Autofagia</u>
Necessidade Energética Total			<u>2.301 Kcal</u>
Necessidade Proteica Total			<u>92g</u>



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



00907 - CENSO DIETAS

DATA: 07/11/2024 ate 07/11/2024 . PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N . CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO)-50001059,50000822,5000111[...]

NOME: ANDERSON NEVES DOS SANTOS

ATENDEMENT: 4427366 NOME: ANDERSON NEVES DOS SANTOS CONV: BPA DATA NASC: 21/11/1992 LETTO: SETOR:

PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRIÇÃO OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT  
366624 FRESUBIN ENERGY POR SNE 30 ML/H (5 VEZES AO DIA). N

ATENDEMENT: 4426161 NOME: ANDERSON NEVES DOS SANTOS CONV: SIH DATA NASC: 21/11/1992 LETTO: 988-A SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRIÇÃO OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT  
366699 MARIANA TOLENTINO MORETTI DE ALMEIDA NOVASOURCE GC 1.5 POE SNE 30 ML/H EM BI N

NOME: ANTONIO FAUSTINO DOS SANTOS

ATENDEMENT: 4427065 NOME: ANTONIO FAUSTINO DOS SANTOS CONV: SIH DATA NASC: 03/04/1952 LETTO: 613-A SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRIÇÃO OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT  
366399 ROGERIO DEL ARCO NOVASOURCE GC 1.5 40ML/H VIA SNE N

NOME: ANTONIO SIDERLEI BALISTA

ATENDEMENT: 4429258 NOME: ANTONIO SIDERLEI BALISTA CONV: SIH DATA NASC: 01/08/1961 LETTO: 615-B SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRIÇÃO OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT  
366617 CARLOS EDUARDO GRASSI MAZZETTO FRESUBIN ENERGY 30ML/H VIA SNE N

NOME: APARECIDA FERREIRA DE FREITAS

ATENDEMENT: 4427774 NOME: APARECIDA FERREIRA DE FREITAS CONV: SIH DATA NASC: 19/10/1958 LETTO: 603-A SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRIÇÃO OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT  
366668 MARIANA TOLENTINO MORETTI DE ALMEIDA NOVASOURCE GC 1.5 POE SNE 30 ML/H EM BI N

NOME: BRASILINA BASSI PANTOZZI

ATENDEMENT: 4433268 NOME: BRASILINA BASSI PANTOZZI CONV: SIH DATA NASC: 14/09/1928 LETTO: 802-A SETOR: UNI

Impresso por MAISA



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
COMPROSSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500

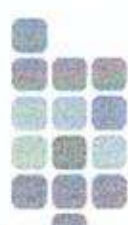


00907 - CENSO DIETAS

DATA - 07/11/2024 ate 07/11/2024 , PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N. CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO)-50001059;50000822;5000111[.]

ATENDEMENTO: 4427501	NOME: ELISABETE FERREIRA SALES	CONV: SIH	DATA NASC: 28/12/1974	LEITO: 617-A	SETOR: UNI
PRESCRIÇÃO MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENTO	
366642	JULIANE D AVOGLIO PASTORE	FRESUBIN ENERGY	30 ML/H SNE	N	
NOME: FRANCISCA RODRIGUES SILVA MAGRO					
ATENDEMENTO: 4434288	NOME: FRANCISCA RODRIGUES SILVA MAGRO	CONV: SIH	DATA NASC: 14/12/1940	LEITO: 618-A	SETOR: UNI
PRESCRIÇÃO MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENTO	
366396	CARLA MARIA RODRIGUES DE CARVALHO	DIETA ENTERAL		N	
NOME: GENILSON DA SILVA LEITE					
ATENDEMENTO: 4426999	NOME: GENILSON DA SILVA LEITE	CONV: SIH	DATA NASC: 13/05/1971	LEITO: UTI-13	SETOR: UTI
PRESCRIÇÃO MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENTO	
366515	SERGIO PAPARELLI JUNIOR	NOVASOURCE GC 1.5	30 ML/H SNE	N	
NOME: IRACI DA SILVA VICOZO					
ATENDEMENTO: 4432925	NOME: IRACI DA SILVA VICOZO	CONV: SIH	DATA NASC: 18/04/1951	LEITO: 602-B	SETOR: UNI
PRESCRIÇÃO MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENTO	
366522	CARLOS ADRIANO SEVERINO DA SILVA	DIETA ENTERAL PADRONIZADA		N	
NOME: IUSMA ALVES DE SOUZA GOMES					
ATENDEMENTO: 4416480	NOME: IUSMA ALVES DE SOUZA GOMES	CONV: SIH	DATA NASC: 25/06/1969	LEITO: 406-B	SETOR: UNI
PRESCRIÇÃO MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENTO	
366447	CARLOS EDUARDO GRASSI MAZZETTO	PEPTIMAX	40ML/H VIA SNE	N	
NOME: JOANES FERREIRA DO NASCIMENTO					
ATENDEMENTO: 4414173	NOME: JOANES FERREIRA DO NASCIMENTO	CONV: SIH	DATA NASC: 28/01/1953	LEITO: UTI-09	SETOR: UTI

Impresso por MAIBA



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
COMPARTESSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



00907 - CENSO DIETAS

DATA - 07/11/2024 ate 07/11/2024 . PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N . CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO)-50001059.50000822.50001111[...]

NOME : MARCENE VALENTIM DOS SANTOS

ATENCIÓN : 4434224 NOME : MARCENE VALENTIM DOS SANTOS CONV: SIH DATA NASC: 19/03/1970 LEITO: 812-A SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO ANA BEATRIZ THOME DORIA FRESUBIN ENERGY OBSERVAÇÕES 30 ML/H SNE N PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT

NOME : MARCIA VICENTE PEREIRA MOREIRA

ATENCIÓN : 4429381 NOME : MARCIA VICENTE PEREIRA MOREIRA CONV: SIH DATA NASC: 05/07/1963 LEITO: 618-A SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO SERGIO PAPARELI JUNIOR FRESUBIN ENERGY OBSERVAÇÕES 20 ML/H SNE - SUSPENSO ATE 2A ORDE N PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT

NOME : MARIA APARECIDA DOS ANJOS

ATENCIÓN : 4431897 NOME : MARIA APARECIDA DOS ANJOS CONV: SIH DATA NASC: 03/01/1964 LEITO: 617-B SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO CARLOS EDUARDO GRASSI MAZZETTO FRESUBIN ENERGY OBSERVAÇÕES 30 ML/H POR SNE N PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT

NOME : MARIA APARECIDA TEODORO BARBOZA

ATENCIÓN : 4435840 NOME : MARIA APARECIDA TEODORO BARBOZA CONV: SIH DATA NASC: 17/11/1958 LEITO: FEM04 SETOR: ENF

PRESCRIÇÃO MÉDICO SERGIO PAPARELI JUNIOR DIETA ENTERAL OBSERVAÇÕES N PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT

NOME : MARIA D ALVA THOMAZ PANTONI

ATENCIÓN : 4413879 NOME : MARIA D ALVA THOMAZ PANTONI CONV: IAMI DATA NASC: 09/06/1935 LEITO: 214-A SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO ANA RACHEL DE OLIVEIRA VERMEJO FRESUBIN ENERGY OBSERVAÇÕES 40 ML/H SNE N PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT

NOME : MARTA CAMILHO CATUABA SENA

Impresso por: WATSA



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
COOPERADORA COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



DATA - 07/11/2024 ate 07/11/2024 . PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N. CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO)-50001059,50000822,5000111[.]

00907 - CENSO DIETAS

ATENDIMENT: 4427253 NOME: SILVIA ALVES BORGES DE SOUSA CONV: SIH DATA NASC: 06/06/1986 LETITO: UTI14 SETOR: UTI

PRESCRIÇÃO MÉDICO CARLOS EDUARDO GRASSI MAZZETTO DESCRIÇÃO OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT  
366465 PÉPTIMAX 30ML/H VIA SNE N

NOME: VALDEVINO MARQUES

ATENDIMENT: 4423784 NOME: VALDEVINO MARQUES CONV: SIH DATA NASC: 25/07/1941 LETITO: UTI-11 SETOR: UTI

PRESCRIÇÃO MÉDICO ANA RACHEL DE OLIVEIRA VERMEJO DESCRIÇÃO OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT  
366744 NOVASOURCE GC 1.5 40 ML SNE N

NOME: VANESSA APARECIDA MARTINS BINDTI CARDOSO

ATENDIMENT: 4435962 NOME: VANESSA APARECIDA MARTINS BINDTI CARDOSO CONV: SIH DATA NASC: 25/08/1982 LETITO: 601-B SETOR: UNI

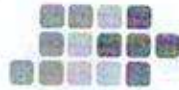
PRESCRIÇÃO MÉDICO MARIANA TOLENTINO MORETTI DE ALMEIDA DESCRIÇÃO OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT  
366647 FRESURBIN ENERGY POR SNE 30 ML/H EM BI N

NOME: ZILDO ALVES COSTA

ATENDIMENT: 4428970 NOME: ZILDO ALVES COSTA CONV: SIH DATA NASC: 24/05/1971 LETITO: 407-A SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO MATEUS BONFIM DOMINGOS DESCRIÇÃO OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT  
366430 NOVASOURCE GC 1.5 20 ML/H SNE N

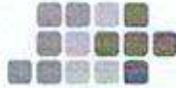
Impresso por: MAISA



## Ficha de Avaliação e Evolução em Terapia Nutricional

Nome: **MARIA APARECIDA TEODORO BARBOZA**  
 Mãe: **MARIA APARECIDA DE SOUZA TEODORO**  
 Nome Social: \_\_\_\_\_  
 Médico: **SERGIO PAPARELI JUNI** Nasc: **27/11/1958** Id: **66**  
 Conv. SIH - SUS INTERNACAO Sexo: **F** Leito: **FEM04**  
 Data d: **05/11/24** Hora: **14:52** Pront. **830614** INTERNACAO  
 Hipótese Diagnóstico/Antecedentes: **AVC e Ispandipata**

Avaliação Nutricional	Data: <b>08/11/24</b>	
Condição Física	<input type="checkbox"/> Deambula	<input checked="" type="checkbox"/> Acamado(a)
Dieta Via Oral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Dieta: _____
Complemento Nutricional Oral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Complemento: _____
Dieta Enteral	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Dieta: <b>Amesulain Energy</b> Volume: <b>200ml 1x/dia</b>
Complemento Nutricional Enteral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Complemento: _____
Alergia ou intolerância alimentar	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
Alteração Appetite	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
Disfagia	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
Vômitos	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
Evacuação	<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Obstipação
Lado Medido	<input type="checkbox"/> Direito	<input checked="" type="checkbox"/> Esquerdo <b>Normal</b>
Altura do joelho (AJ)	<b>44 cm</b>	
Circunferência da Panturrilha (CP)	<b>34 cm</b>	
Circunferência do Braço (CB)	<b>32 cm</b>	
Dobra Cutânea Tricipital (PCT)		
Peso Habitual		
Estatura	<input checked="" type="checkbox"/> Estimada	<input type="checkbox"/> Mensurada
Peso Atual	<input checked="" type="checkbox"/> Estimada	<input type="checkbox"/> Mensurada
IMC	<b>68 kg</b>	
Peso Ideal	<b>30 kg/m<sup>2</sup></b>	
% de Perda de Peso		
Diagnóstico Nutricional	<b>Alimentado</b>	
Necessidade Energética Total	<b>2.040 kcal</b>	
Necessidade Proteica Total	<b>103g</b>	



## Ficha de Avaliação e Evolução em Terapia Nutricional

Nome: SANTA CASA RIO PRETO JUVENAL NESPOLO	SENHA	
Data d Mãe: CARMELA CANZELA		Sexo: Quarto - Leito: 804-A
Médic: Méd CARLOS ADRIANO SEVER Conv. SIH - SUS INTERNACAO	Nasc 21/06/1938 Id: 86 Sexo: M Leito 804-A	
Data d Dt. AL: 01/11/24 Hora: 12:48 Pront. 54743 INTERNACAO		Convênio: SUS
Hipótese Diagnóstico/Antecedentes: HAS DM I AVC		

Avaliação Nutricional	Data: 08/11/24	
Condição Física	<input type="checkbox"/> Deambula <input checked="" type="checkbox"/> Acamado(a)	
Dieta Via Oral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Dieta: _____	
Complemento Nutricional Oral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Complemento: _____	
Dieta Enteral	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Dieta: <u>Envelin Energy</u> Volume: <u>220ml 16x/dia</u>	
Complemento Nutricional Enteral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Complemento: _____	
Alergia ou intolerância alimentar	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Qual: _____	
Alteração Apetite	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Disfagia	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Vômitos	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Evacuação	<input type="checkbox"/> Diarreia <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Obstipação	
Lado Medido	<input type="checkbox"/> Direito <input checked="" type="checkbox"/> Esquerdo	
Altura do joelho (AJ)		
Circunferência da Panturrilha (CP)		
Circunferência do Braço (CB)		
Dobra Cutânea Tricipital (PCT)		
Peso Habitual		
Estatura	<input type="checkbox"/> Estimada <input checked="" type="checkbox"/> Mensurada	
Peso Atual	<input type="checkbox"/> Estimada <input checked="" type="checkbox"/> Mensurada	
IMC	1.70m 70kg 24 kg/m <sup>2</sup>	
Peso Ideal		
% de Perda de Peso		
Diagnóstico Nutricional	Púrpura	
Necessidade Energética Total	2.000 Kcal	
Necessidade Proteica Total	105g	



**SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO**  
COMERCÍSSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R.Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



DATA - 08/11/2024 ate 08/11/2024 . PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N . CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO)-50001059;50000822;50001111..J

NOME : ANDERSON NEVES DOS SANTOS

ATENDIMENT : 4426161 NOME : ANDERSON NEVES DOS SANTOS

PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRICÃO CONW: SIH DATA NASC: 21/11/1992 LEITO: 908-A SETOR: UNI

367367 MIGUEL AUGUSTO RODRIGUES DEL PINO NOVASOURCE GC 1.5 OBSERVAÇÕES POE SNE 30 ML/H EM BI PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT N

NOME : ANTONIO SIDERLEI BALISTA

ATENDIMENT : 4429258 NOME : ANTONIO SIDERLEI BALISTA

PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRICÃO CONW: SIH DATA NASC: 01/08/1961 LEITO: 615-B SETOR: UNI

367416 EDUARDO MAYRHOFER SARGI FRESUBIN ENERGY OBSERVAÇÕES 30ML/H VIA SNE PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT N

NOME : APARECIDA FERREIRA DE FREITAS

ATENDIMENT : 4427274 NOME : APARECIDA FERREIRA DE FREITAS

PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRICÃO CONW: SIH DATA NASC: 19/10/1958 LEITO: 603-A SETOR: UNI

367421 MIGUEL AUGUSTO RODRIGUES DEL PINO NOVASOURCE GC 1.5 OBSERVAÇÕES POE SNE 30 ML/H EM BI PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT N

NOME : BENEDITO TEIXEIRA DA SILVA

ATENDIMENT : 4439034 NOME : BENEDITO TEIXEIRA DA SILVA

PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRICÃO CONW: SIH DATA NASC: 10/08/1958 LEITO: UT11 SETOR: UTI

367745 NOVASOURCE GC 1.5 OBSERVAÇÕES 30ML/H VIA SNE PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT N

NOME : CIRLEI PASSONI SEBASTIAO

ATENDIMENT : 4429732 NOME : CIRLEI PASSONI SEBASTIAO

PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRICÃO CONW: SIH DATA NASC: 23/11/1961 LEITO: 618-A SETOR: UNI

367305 APARECIDO PEREIRA NETO NOVASOURCE GC 1.5 OBSERVAÇÕES 40 ML SNE PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT N

NOME : DANIELA ALMEIDA DA SILVA

Impresso por MAISA



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



00907 - CENSO DIETAS

DATA: 08/11/2024 ate 08/11/2024 . PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N. CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO),-50001059,50000822,5000111[...]

ATENDIMENT:	4434288	NOME:	FRANCISCA RODRIGUES SILVA MAGRO	CONV:	SIH	DATA NASC:	14/12/1940	LEITO:	618-A	SETOR:	UMI
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO	CANCELADA	MOTIVO	CANCELAMENT				
367190	CARLA MARIA RODRIGUES DE CARVALHO	DIETA ENTERAL		N							
NOME: GENILSON DA SILVA LETTE											
ATENDIMENT:	4426999	NOME:	GENILSON DA SILVA LETTE	CONV:	SIH	DATA NASC:	13/05/1971	LEITO:	UTI-13	SETOR:	UTI
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO	CANCELADA	MOTIVO	CANCELAMENT				
367524	SERGIO PAPARELI JUNIOR	NOVASOURCE GC 1.5	30 ML/H SNE	N							
367528	SERGIO PAPARELI JUNIOR	NOVASOURCE GC 1.5	30 ML/H SNE	N							
NOME: IUSMA ALVES DE SOUZA GOMES											
ATENDIMENT:	4416480	NOME:	IUSMA ALVES DE SOUZA GOMES	CONV:	SIH	DATA NASC:	25/06/1969	LEITO:	406-B	SETOR:	UNI
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO	CANCELADA	MOTIVO	CANCELAMENT				
367336	EDUARDO MAYRHOFER SARGI	PEPTIMAX	40ML/H VIA SNE	N							
NOME: JOANES FERREIRA DO NASCIMENTO											
ATENDIMENT:	4414173	NOME:	JOANES FERREIRA DO NASCIMENTO	CONV:	SIH	DATA NASC:	28/01/1953	LEITO:	UTI-09	SETOR:	UTI
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO	CANCELADA	MOTIVO	CANCELAMENT				
367312	JULIANE D. AVOGLIO PASTORE	NOVASOURCE GC 1.5	40 ML/H SNE	N							
NOME: JOAO HERNANDES											
ATENDIMENT:	4438209	NOME:	JOAO HERNANDES	CONV:	SIH	DATA NASC:	06/07/1943	LEITO:	UTI-06	SETOR:	UTI
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO	CANCELADA	MOTIVO	CANCELAMENT				
367197	ANA RACHEL DE OLIVEIRA VERMEJO	DIETA ENTERAL PADRONIZADA		N							
367672	ANA RACHEL DE OLIVEIRA VERMEJO	NOVASOURCE GC 1.5	20 ML/H SNE	N							
NOME: JOSE PAULO MARTINS											

Impresso por: MARISSA

LGPD: Relatório pode conter dados pessoais e/ou sensíveis, recomenda-se a destruição após o uso



R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



DATA - 08/11/2024 ate 08/11/2024 . PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N . CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO)-50001059.500008222.5000111[...]

NOME : SONIA MARIA SIMAO PINOTTI

ATENDIMENT : 4434346 NOME : SONIA MARIA SIMAO PINOTTI CONV: UCBPDM DATA NASC: 19/09/1943 LEITO: UTI13 SETOR: UTI

PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRICÃO OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT

367356 MIGUEL AUGUSTO RODRIGUES DEL PINO NOVASOURCE GC 1.5 POE SNE 30 ML/H EM BI 6 VEZES AO D N

NOME : VALDEVINO MARQUES ATENDIMENT : 4423784 NOME : VALDEVINO MARQUES CONV: SIH DATA NASC: 25/07/1941 LEITO: UTI-11 SETOR: UTI

PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRICÃO OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT

367447 ANA RACHEL DE OLIVEIRA VERNEJO NOVASOURCE GC 1.5 40 ML SNE N

NOME : VANESSA APARECIDA MARTINS BINOTTI CARDOSO ATENDIMENT : 4435962 NOME : VANESSA APARECIDA MARTINS BINOTTI CARDOSO CONV: SIH DATA NASC: 25/08/1982 LEITO: 601-B SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRICÃO OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT

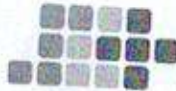
367406 MIGUEL AUGUSTO RODRIGUES DEL PINO FRESUBIN ENERGY POR SNE 30 ML/H EM BI N

NOME : ZILDO ALVES COSTA ATENDIMENT : 4420970 NOME : ZILDO ALVES COSTA CONV: SIH DATA NASC: 24/05/1971 LEITO: 407-A SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRICÃO OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT

367195 MATHEUS BONFIM DOMINGOS NOVASOURCE GC 1.5 20 ML/H SNE N

Impresso por MATA



## Ficha de Avaliação e Evolução em Terapia Nutricional

Nome: SANTA CASA RIO PRETO  
HERMINIA BRAZ DE CASTRO  
Data: Mãe: OVIDIA DE SOUZA  
Nome Social:  
Médic: MARIANA T.M. ALMEIDA  
Conv. SIH - SUS INTERNACAO  
Data: Dt. At.: 10/11/24 Hora: 01:41 Pront. 878133 INTERNACAO

SENHA



4439351  
Nasc: 24/11/1934 Id: 90  
Sexo: F Leito: 614-A

Sexo: Quarto - Leito: 614-A

Convênio: SUS

Hipótese Diagnóstico/Antecedentes: Leishmaniose T.C

Avaliação Nutricional		Data: <u>10/11/24</u>
Condição Física		
Dieta Via Oral	<input type="checkbox"/> Deambula	<input checked="" type="checkbox"/> Acamado(a)
Complemento Nutricional Oral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Dieta: _____
Dieta Enteral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Complemento: _____
Complemento Nutricional Enteral	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Dieta: <u>Amulim Energy</u> Volume: <u>20ml/h</u>
Alergia ou intolerância alimentar	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Complemento: <u>Protexia 15g/2x/dia</u>
Alteração Apetite	Qual: _____	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
Disfagia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Vômitos	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
Evacuação	<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Obstipação
Lado Medido	<input type="checkbox"/> Direito	<u>Normal</u> <input type="checkbox"/> Esquerdo
Altura do joelho (AJ)		
Circunferência da Panturrilha (CP)		
Circunferência do Braço (CB)		
Dobra Cutânea Tricipital (PCT)		
Peso Habitual		
Estatura	<input type="checkbox"/> Estimada	<input checked="" type="checkbox"/> Mensurada
Peso Atual	<input type="checkbox"/> Estimada	<input checked="" type="checkbox"/> Mensurada
IMC	<u>1,59m</u> <u>55Kg</u>	
Peso Ideal	<u>22Kg/m²</u>	
% de Perda de Peso		
Diagnóstico Nutricional	<u>Risco Nutricional</u>	
Necessidade Energética Total	<u>1.760Kcal</u>	
Necessidade Proteica Total	<u>83g</u>	



## Ficha de Avaliação e Evolução em Terapia Nutricional

Nome: SANTA CASA RIO PRETO  
MARCENE VALENTIM DOS SANTOS  
Data de Mãe: CARMEN ROSA DOS SANTOS  
Nome Social: 4434224  
Médico: BRUNO GUARDIA DE BAR Nasc: 19/03/1970 Id: 54  
Conv. SIH - SUS INTERNAÇÃO Sexo: F Leito: 812-A  
Data de Dt. Al.: 04/11/24 Hora: 14:28 Pront. 298541 INTERNAÇÃO

Sexo: Quarto - Leito: 812-A

Convênio: SUS

Hipótese Diagnóstico/Antecedentes: EAP hiperuricêmica / IRC dialítica / HAS / Diabético

Avaliação Nutricional		Data: <u>30/11/24</u>
Condição Física		( ) Deambula (x) Acamado(a)
Dieta Via Oral	( ) Sim (x) Não	Dieta: _____
Complemento Nutricional Oral	( ) Sim (x) Não	Complemento: _____
Dieta Enteral	(x) Sim ( ) Não	Dieta: <u>Amelin Energy</u> Volume: <u>40ml/h</u>
Complemento Nutricional Enteral	(x) Sim ( ) Não	Complemento: <u>Insulina 15g/1x/dia</u>
Alergia ou intolerância alimentar	( ) Sim (x) Não	Qual: _____
Alteração Apetite	(x) Sim ( ) Não	
Disfagia	( ) Sim (x) Não	
Vômitos	( ) Sim (x) Não	
Evacuação	( ) Diarreia (x) Obstipação	
Lado Medido	( ) Direito (x) Esquerdo	
Altura do joelho (AJ)		
Circunferência da Panturrilha (CP)		<u>50 cm</u>
Circunferência do Braço (CB)		<u>35 cm</u>
Dobra Cutânea Tricipital (PCT)		<u>26 cm</u>
Peso Habitual		
Estatura	(x) Estimada ( ) Mensurada	
Peso Atual	(x) Estimada ( ) Mensurada	<u>1.65 m</u>
IMC		<u>58 Kg</u>
Peso Ideal		<u>21 Kg/m<sup>2</sup></u>
% de Perda de Peso		
Diagnóstico Nutricional		<u>Risco Nutricional</u>
Necessidade Energética Total		<u>2.030 Kcal</u>
Necessidade Proteica Total		<u>87g</u>



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
COMROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



DATA - 11/11/2024 ate 11/11/2024 . PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N. CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO) - 50001059;50000822;5000111[...]

00907 - CENSO DIETAS

NOME : ANDERSON NEVES DOS SANTOS

ATENDIMENT : 4426161

NOME : ANDERSON NEVES DOS SANTOS

CONV : SIH DATA NASC : 21/11/1992

LEITO : 908-A

SETOR : UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

369599 MIGUEL AUGUSTO RODRIGUES DEL PINO

DESCRIÇÃO

NOVASOURCE GC 1.5

OBSERVAÇÕES

POE SNE 30 ML/H EM BI

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

NOME : ANTONIO SIDERLEI BALISTA

ATENDIMENT : 4429258

NOME : ANTONIO SIDERLEI BALISTA

CONV : SIH DATA NASC : 01/08/1961

LEITO : 615-B

SETOR : UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

369522 APARECIDO PEREIRA NETO

DESCRIÇÃO

FRESUBIN ENERGY

OBSERVAÇÕES

30ML/H VIA SNE

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

NOME : BENEDITO RODRIGUES LOPES

ATENDIMENT : 4448444

NOME : BENEDITO RODRIGUES LOPES

CONV : IAMI DATA NASC : 13/07/1951

LEITO : 186-B

SETOR : UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

369943

DESCRIÇÃO

DIETA ENTERAL PADRONIZADA

OBSERVAÇÕES

N

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

NOME : BENEDITO TEIXEIRA DA SILVA

ATENDIMENT : 4439034

NOME : BENEDITO TEIXEIRA DA SILVA

CONV : SIH DATA NASC : 10/08/1958

LEITO : UT11

SETOR : UTI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

369406 APARECIDO PEREIRA NETO

DESCRIÇÃO

NOVASOURCE GC 1.5

OBSERVAÇÕES

40ML/H POR SNE

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

NOME : DANIELA ALMEIDA DA SILVA

ATENDIMENT : 4439532

NOME : DANIELA ALMEIDA DA SILVA

CONV : UCERHPM DATA NASC : 28/10/2004

LEITO : 2001-A

SETOR : SUI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

369708 ANANDA VITORIA BARROS SUZUKI DAMASCENO

DESCRIÇÃO

DIETA ENTERAL PADRONIZADA

OBSERVAÇÕES

VIA GTT  
30 ML/H POR SNE 6 VEZES AO DIA

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

369708 ANANDA VITORIA BARROS SUZUKI DAMASCENO

DESCRIÇÃO

PEPTIMAX

OBSERVAÇÕES

N

N

Impresso por MATISA



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
OCORRÊNCIA COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



00907 - CENSO DIETAS

DATA - 11/11/2024 ate 11/11/2024 - PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N. CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO)-50001059,50000822,5000111[...]

PRESCRIÇÃO	MÉDICO	RODRIGO CARREIRA GERALDE	NOVASOURCE GC 1.5	20 ML/H SNE	N	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
ATENDIMENT: 4426999 NOME: GENILSON DA SILVA LEITE							
CONV:	SIH	DATA NASC:	13/05/1971	LEITO:	UTI-13	SETOR:	UTI
OBSERVAÇÕES							
NOME: HERMINIA BRAZ DE CASTRO							
ATENDIMENT: 4439351 NOME: HERMINIA BRAZ DE CASTRO							
CONV:	SIH	DATA NASC:	24/11/1934	LEITO:	614-A	SETOR:	UNI
OBSERVAÇÕES							
NOME: IUSMA ALVES DE SOUZA GOMES							
ATENDIMENT: 4416480 NOME: IUSMA ALVES DE SOUZA GOMES							
CONV:	SIH	DATA NASC:	25/06/1969	LEITO:	406-B	SETOR:	UNI
OBSERVAÇÕES							
NOME: JOANES FERREIRA DO NASCIMENTO							
ATENDIMENT: 4439805 NOME: JOANES FERREIRA DO NASCIMENTO							
CONV:	SIH	DATA NASC:	28/01/1953	LEITO:	UTI-11	SETOR:	UTI
OBSERVAÇÕES							
NOME: JOAO HERNANDES							
ATENDIMENT: 4438209 NOME: JOAO HERNANDES							
CONV:	SIH	DATA NASC:	06/07/1943	LEITO:	UTI-06	SETOR:	UTI
OBSERVAÇÕES							
NOME: JOSE CARLOS FERREIRA CAMPOS							
ATENDIMENT: 4431912 NOME: JOSE CARLOS FERREIRA CAMPOS							
CONV:	SIH	DATA NASC:	29/09/1966	LEITO:	UTI-14	SETOR:	UTI
OBSERVAÇÕES							

Impresso por: MARISA



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



DATA: 11/11/2024 até 11/11/2024 . PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N. CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO): 50001059, 50000822, 5000111[...]

NOME: MARIA D ALVA THOMAZ PANTONI

ATENDIMENT: 4413879	NOME: MARIA D ALVA THOMAZ PANTONI	CONV: IAMI	DATA NASC: 09/06/1935	LEITO: 214-A	SETOR: UNI
PRESCRIÇÃO MÉDICO	RODRIGO CARREIRA GERALDE	DESCRICAÇÃO	FRESUBIN ENERGY	OBSERVAÇÕES	40 ML/H SNE
NOME: MARIA GOMES LIMA				PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT

ATENDIMENT: 4439143

PRESCRIÇÃO MÉDICO	SERGIO PAPARELI JUNIOR	DESCRICAÇÃO	DIETA ENTERAL	OBSERVAÇÕES	
NOME: MARIO CESAR MARTINS LEAL				PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT

ATENDIMENT: 4437025

PRESCRIÇÃO MÉDICO	ANA BEATRIZ THOME DORIA	DESCRICAÇÃO	NOVASOURCE GC 1.5	OBSERVAÇÕES	30 ML/H SNE
NOME: MERCEDES DAVANCO RENZETTI				PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT

ATENDIMENT: 4438108

PRESCRIÇÃO MÉDICO	ESTER CRISTINA DE ALMEIDA ZEITUNI	DESCRICAÇÃO	DIETA ENTERAL PADRONIZADA	OBSERVAÇÕES	
NOME: NIVAL BOSCOLO PINA				PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT

ATENDIMENT: 4439047

PRESCRIÇÃO MÉDICO	JULIANE D AVOGLIO PASTORE	DESCRICAÇÃO	NOVASOURCE GC 1.5	OBSERVAÇÕES	40 ML/H SNE
NOME: RAQUEL ALBUQUERQUE GUEDES				PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT

Impressão por: MARISA



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



DATA - 11/11/2024 ate 11/11/2024 . PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N . CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO) - 50001059,50000822,50001111[...]

PRESCRIÇÃO	MEDICO	DESCRICAÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
369622	MIGUEL AUGUSTO RODRIGUES DEL PINO	FRESUBIN ENERGY	POR SNE 30 ML/H EM BI	N	
ATENDIMENT : 4420970					
NOME : ZILDO ALVES COSTA					
NOME : ZILDO ALVES COSTA					
PRESCRIÇÃO	MEDICO	DESCRICAÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
369370	MATHEUS BONFIM DOMINGOS	NOVASOURCE GC 1.5	20 ML/H SNE	N	

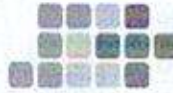
Impresso por MAISA



## Ficha de Avaliação e Evolução em Terapia Nutricional

Nome: SANTA CASA RIO PRETO	SENHA	
Mãe: MARIA GOMES LIMA		
Data d: Mãe: MARIA GOMES MOTA		Sexo: Quarto - Leito: 409-A
Nome Social: 4439143		
Médico: Méd SERGIO PAPARELI JUNI	Nasc 08/01/1945 Id: 79	
Conv. SIH - SUS INTERNACAO	Sexo: F Leito 409-A	
Data d: Dt. At.: 09/11/24 Hora 05:20 Pront. 1154078 INTERNACAO		Convênio: SUS
Hipótese Diagnóstico/Antecedentes: AVCi / YNM / HAS		

Avaliação Nutricional	Data: 32/11/24	
Condição Física	<input type="checkbox"/> Deambula	<input checked="" type="checkbox"/> Acamado(a)
Dieta Via Oral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Dieta: _____
Complemento Nutricional Oral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Complemento: _____
Dieta Enteral	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Dieta: <u>Freemlin Energy</u> Volume: <u>200 ml 1x1 hora</u>
Complemento Nutricional Enteral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Complemento: _____
Alergia ou intolerância alimentar	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
Qual:	_____	
Alteração Apetite	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Disfagia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Vômitos	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
Evacuação	<input type="checkbox"/> Diarreia	<input checked="" type="checkbox"/> Obstipação
Lado Medido	<input type="checkbox"/> Direito	<input checked="" type="checkbox"/> Esquerdo
Altura do joelho (AJ)	45 cm	
Circunferência da Panturrilha (CP)	32,5 cm	
Circunferência do Braço (CB)	29 cm	
Dobra Cutânea Tricipital (PCT)		
Peso Habitual		
Estatura	<input checked="" type="checkbox"/> Estimada	<input type="checkbox"/> Mensurada
Peso Atual	<input checked="" type="checkbox"/> Estimada	<input type="checkbox"/> Mensurada
IMC	06 Kg 1,48 m 26 Kg/m <sup>2</sup>	
Peso Ideal		
% de Perda de Peso		
Diagnóstico Nutricional	Risco Nutricional	
Necessidade Energética Total	1.600 Kcal	
Necessidade Proteica Total	84g	



SENHA  
Ficha de Avaliação e Evolução em Terapia Nutricional

Nome	SANTA CASA RIO PRETO HELENA MARTINS MARION	
Data	Mãe: NAIR SCATOLIN Nome Social: 4440055	Sexo: Quarto - Leito: Enfermaria Emerg. SUS
Médico	Méd GIOVANA VIECILI ROSS Conv. SIM - SUS INTERNACAO Sexo: F Leito FEM10	
Data	Di.At.: 11/11/24 Hora: 10:38 Pront. 827521 INTERNACAO	Convênio: SUS
Hipótese Diagnóstico/Antecedentes: GTT / Panturra		

Avaliação Nutricional	Data: 12/11/24	
Condição Física	<input type="checkbox"/> Deambula	<input checked="" type="checkbox"/> Acamado(a)
Dieta Via Oral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Dieta: _____
Complemento Nutricional Oral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Complemento: _____
Dieta Enteral	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Dieta: <u>Ameln Energy</u> Volume: <u>200ml kcal dia</u>
Complemento Nutricional Enteral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Complemento: _____
Alergia ou intolerância alimentar	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Qual: _____
Alteração Apetite	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Disfagia	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Vômitos	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Evacuação	<input type="checkbox"/> Diarreia <input checked="" type="checkbox"/> Obstipação	
Lado Medido	<input type="checkbox"/> Direito <input checked="" type="checkbox"/> Esquerdo	<u>Normal</u>
Altura do joelho (AJ)		
Circunferência da Panturrilha (CP)		
Circunferência do Braço (CB)		
Dobra Cutânea Tricipital (PCT)		
Peso Habitual		
Estatura	<input type="checkbox"/> Estimada <input checked="" type="checkbox"/> Mensurada	<u>1,57m</u>
Peso Atual	<input type="checkbox"/> Estimada <input checked="" type="checkbox"/> Mensurada	<u>65Kg</u>
IMC		<u>26,37 Kg/m<sup>2</sup></u>
Peso Ideal		
% de Perda de Peso		
Diagnóstico Nutricional		<u>nutricional</u>
Necessidade Energética Total		<u>1.900 kcal</u>
Necessidade Proteica Total		<u>70g</u>



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
GOVERNADORSSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



00907 - CENSO DIETAS

DATA - 12/11/2024 ate 12/11/2024 , PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N, CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVICO)-50001059,50000822,50001111. ]

NOME : ANDERSON NEVES DOS SANTOS

ATENDIMENT : 4426161

NOME : ANDERSON NEVES DOS SANTOS

CONV: SIH DATA NASC: 21/11/1992

LEITO: 988-A

SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

370369 MIGUEL AUGUSTO RODRIGUES DEL PINO

NOVASOURCE GC 1.5

POE SNE 30 ML/H EM BI

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

NOME : ANTONIO SIDERLEI BALISTA

ATENDIMENT : 4429258

NOME : ANTONIO SIDERLEI BALISTA

CONV: SIH DATA NASC: 01/08/1961

LEITO: 615-B

SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

370491 MARIA ADRIANA ALMEIDA DA COSTA LIMA

FRESUBIN ENERGY

40ML/H VIA SNE

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

NOME : APARECIDA GOMES

ATENDIMENT : 4439545

NOME : APARECIDA GOMES

CONV: SIH DATA NASC: 11/05/1960

LEITO: UT113

SETOR: UTI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

370783

FRESUBIN ENERGY

POR SNE 20 ML/H CONTINUO.

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

NOME : BENEDITO RODRIGUES LOPES

ATENDIMENT : 4440444

NOME : BENEDITO RODRIGUES LOPES

CONV: IAMI DATA NASC: 13/07/1951

LEITO: 106-B

SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

370770 RODRIGO BOWEIM RIBEIRO

DIETA ENTERAL PADRONIZADA

OBSERVAÇÕES

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

NOME : BENEDITO TEIXEIRA DA SILVA

ATENDIMENT : 4439034

NOME : BENEDITO TEIXEIRA DA SILVA

CONV: SIH DATA NASC: 10/08/1958

LEITO: UT11

SETOR: UTI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

370418 MARIA ADRIANA ALMEIDA DA COSTA LIMA

NOVASOURCE GC 1.5

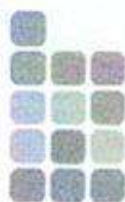
40ML/H POR SNE

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

NOME : DANIELA ALMEIDA DA SILVA

Impresso por: MAISA



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



00907 - CENSO DIETAS

DATA - 12/11/2024 ate 12/11/2024 , PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N. CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO)-50001059,50000822,5000111[...]

ATENDEMENTO: 4427501	NOME: ELISABETE FERREIRA SALES	CONV: SIH	DATA NASC: 29/12/1974	LEITO: 617-A	SETOR: UMI
PRESCRIÇÃO MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENTO	
370374	JULIANE D AVOGLIO PASTORE	FRESUBIN ENERGY	30 ML/H SNE	N	
NOME: HELENA MARTINS MARION					
ATENDEMENTO: 4440055	NOME: HELENA MARTINS MARION	CONV: SIH	DATA NASC: 29/08/1941	LEITO: FEM10	SETOR: ENF
PRESCRIÇÃO MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENTO	
370278		DIETA ENTERAL PADRONIZADA		N	
NOME: HERMINIA BRAZ DE CASTRO					
ATENDEMENTO: 4439351	NOME: HERMINIA BRAZ DE CASTRO	CONV: SIH	DATA NASC: 24/11/1934	LEITO: 614-A	SETOR: UMI
PRESCRIÇÃO MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENTO	
370565	MATHEUS BONIFIM DOMINGOS	FRESUBIN ENERGY	POR SNE 20 ML/H CONTINUO.	N	
NOME: IUSMA ALVES DE SOUZA GOMES					
ATENDEMENTO: 4416480	NOME: IUSMA ALVES DE SOUZA GOMES	CONV: SIH	DATA NASC: 25/06/1969	LEITO: 406-B	SETOR: UMI
PRESCRIÇÃO MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENTO	
370756	FRAUZ ANDREI PATRIARCHA	PEPTIMAX	40ML/H VIA SNE	N	
NOME: JOANES FERREIRA DO NASCIMENTO					
ATENDEMENTO: 4439885	NOME: JOANES FERREIRA DO NASCIMENTO	CONV: SIH	DATA NASC: 28/01/1953	LEITO: UTI-11	SETOR: UTI
PRESCRIÇÃO MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENTO	
370422	JULIANE D AVOGLIO PASTORE	NOVASOURCE GC 1.5	40 ML/H SNE	N	
NOME: JOAO HERNANDES					
ATENDEMENTO: 4438209	NOME: JOAO HERNANDES	CONV: SIH	DATA NASC: 06/07/1943	LEITO: UTI-06	SETOR: UTI

Impressão por: MARISA

LGPD: Relatório pode conter dados pessoais e/ou sensíveis, recomenda-se a destruição após o uso



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
COMPROVASSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR



R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500

00907 - CENSO DIETAS

DATA - 12/11/2024 ate 12/11/2024 . PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N . CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO)-50001059.50000822.50001111...J

NOME : MARCIA VICENTE PEREIRA MOREIRA

ATENDIMENT : 4429381 NOME : MARCIA VICENTE PEREIRA MOREIRA CONV: SIH DATA NASC: 05/07/1963 LEITO: 618-A SETOR: UMI

PRESCRIÇÃO MÉDICO RÊNATO ARANTES LIMA SIMOES DESCRIÇÃO DIETA ENTERAL OBSERVAÇÕES MANTER EM BIC 18 ML / HORAS PARA E N PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT

NOME : MARIA APARECIDA DOS ANJOS

ATENDIMENT : 4431897 NOME : MARIA APARECIDA DOS ANJOS CONV: SIH DATA NASC: 03/01/1964 LEITO: 617-B SETOR: UMI

PRESCRIÇÃO MÉDICO MARIA ADRIANA ALMEIDA DA COSTA LIMA DESCRIÇÃO FRESUBIN ENERGY OBSERVAÇÕES 40 ML/H POR SNE PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT

NOME : MARIA D ALVA THOMAZ PANTONI

ATENDIMENT : 4413879 NOME : MARIA D ALVA THOMAZ PANTONI CONV: IAMI DATA NASC: 09/06/1935 LEITO: 214-A SETOR: UMI

PRESCRIÇÃO MÉDICO ANA RACHEL DE OLIVEIRA VERMEJO DESCRIÇÃO FRESUBIN ENERGY OBSERVAÇÕES 40 ML/H SNE PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT

NOME : MARIO CESAR MARTINS LEAL

ATENDIMENT : 4437025 NOME : MARIO CESAR MARTINS LEAL CONV: SFSAUD DATA NASC: 08/03/1950 LEITO: 211-B SETOR: UMI

PRESCRIÇÃO MÉDICO APARECIDO PEREIRA NETO DESCRIÇÃO NOVASOURCE GC 1.5 OBSERVAÇÕES 30 ML/H SNE PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT

NOME : NIVAL BOSCOLO PINA

ATENDIMENT : 4439047 NOME : NIVAL BOSCOLO PINA CONV: SIH DATA NASC: 01/10/1949 LEITO: UTI-07 SETOR: UTI

PRESCRIÇÃO MÉDICO JULIANE D AVOGLIO PASTORE DESCRIÇÃO NOVASOURCE GC 1.5 OBSERVAÇÕES 40 ML/H SNE PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT

NOME : OTAVIO ALVES GUIMARAES

Impresso por: WATSA



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
CONFIANÇA COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



00907 - CENSO DIETAS  
DATA - 12/11/2024 ate 12/11/2024 . PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N . CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO): 50001059,50000822,5000111[...]

ATENDIMENT: 4423784 NOME: VALDEVINO MARQUES CONV: SIH DATA NASC: 25/07/1941 LEITO: UTI-11 SETOR: UTI

PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRIÇÃO OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT  
370524 ANA RACHEL DE OLIVEIRA VERMEDO NOVASOURCE GC 1.5 40 ML SNE -- \*\* JEJUM -- MANTER SN N

NOME: VANESSA APARECIDA MARTINS BINOTTI CARDOSO

ATENDIMENT: 4435962 NOME: VANESSA APARECIDA MARTINS BINOTTI CARDOSO CONV: SIH DATA NASC: 25/08/1982 LEITO: 601-B SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRIÇÃO OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT  
370467 MIGUEL AUGUSTO RODRIGUES DEL PINO FRESUBIN ENERGY POR SNE 30 ML/H EM BI N

NOME: ZILDO ALVES COSTA

ATENDIMENT: 4420970 NOME: ZILDO ALVES COSTA CONV: SIH DATA NASC: 24/05/1971 LEITO: 407-A SETOR: UNI

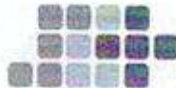
PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRIÇÃO OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT  
370294 MATEUS BONFIN DOMINGOS NOVASOURCE GC 1.5 20 ML/H SNE N  
370297 MATEUS BONFIN DOMINGOS NOVASOURCE GC 1.5 20 ML/H SNE N



## Ficha de Avaliação e Evolução em Terapia Nutricional

Nome: SANTA CASA RIO PRETO	SENHA	
Data: Mãe: ANESIA PAIXAO NOGUEIRA		Sexo: Quarto - Leito: 812-B
Médi: Méd: MARIA FERNANDA M. TR	Nasc: 21/05/1961 Id: 63	
Conv. SIH - SUS INTERNACAO	Sexo: M Leito: 812-B	
Data: Dt. At.: 12/11/24 Hora: 09:08 Pront. 973503 INTERNACAO		Convênio: SUS
Hipótese Diagnóstico/Antecedentes: GTT 170 apendicectomia F9 11/10 + febre		

Avaliação Nutricional	Data: 13/11/24
Condição Física	<input checked="" type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Acamado(a)
Dieta Via Oral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Dieta: _____
Complemento Nutricional Oral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Complemento: _____
Dieta Enteral	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Dieta: <u>Amulsi Energy</u> Volume: <u>220ml 1x/dia</u>
Complemento Nutricional Enteral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Complemento: _____
Alergia ou intolerância alimentar	Qual: _____ <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
Alteração Apetite	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
Disfagia	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
Vômitos	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
Evacuação	<input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Obstipação
Lado Medido	<input type="checkbox"/> Direito <input checked="" type="checkbox"/> Esquerdo <span style="margin-left: 20px;"><u>Normal</u></span>
Aitura do joelho (AJ)	
Circunferência da Panturrilha (CP)	
Circunferência do Braço (CB)	
Dobra Cutânea Tricipital (PCT)	
Peso Habitual	
Estatura	<input type="checkbox"/> Estimada <input checked="" type="checkbox"/> Mensurada
Peso Atual	<input type="checkbox"/> Estimada <input checked="" type="checkbox"/> Mensurada
IMC	<u>1.65m</u> <u>64 Kg</u> <u>23.6 Kg/m<sup>2</sup></u>
Peso Ideal	
% de Perda de Peso	
Diagnóstico Nutricional	<u>Demnutrição</u>
Necessidade Energética Total	<u>1.760 Kcal</u>
Necessidade Proteica Total	<u>60g</u>



### Ficha de Avaliação e Evolução em Terapia Nutricional

Nome: SANTA CASA RIO PRETO		SENHA
Nome: VANESSA APARECIDA MARTINS BINOTI CARI		
Data Mãe: INES MARTINS	Nome Social:	Sexo: Quarto - Leito: 601-B
Médi: MEdELIANE REGINA BUENO	Nasc25/08/1982 Id: 42	
Conv.SIH - SUS INTERNACAO	Sexo: F Leito601-B	
Data Dt.At.: 05/11/24	Hora:18:29 Pront.837138 INTERNACAO	Convênio: SUS
Hipótese Diagnóstico/Antecedentes: <i>Ulceração facie por cada scurística /alérgica</i>		
Avaliação Nutricional		Data: <i>13/11/24</i>
Condição Física		<input checked="" type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Acamado(a)
Dieta Via Oral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Dieta: _____
Complemento Nutricional Oral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Complemento: _____
Dieta Enteral	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Dieta: <i>Transultra Energy</i> Volume: <i>30ml/d</i>
Complemento Nutricional Enteral	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Complemento: <i>Transultra 1.9g/2x/dia</i>
Alergia ou intolerância alimentar	Qual: _____	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
Alteração Apetite		<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Disfagia		<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
Vômitos		<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
Evacuação		<input type="checkbox"/> Diarreia <input checked="" type="checkbox"/> Obstipação
Lado Medido		<input type="checkbox"/> Direito <i>Normal</i> <input type="checkbox"/> Esquerdo
Altura do joelho (AJ)		
Circunferência da Panturrilha (CP)		
Circunferência do Braço (CB)		
Dobra Cutânea Tricipital (PCT)		
Peso Habitual		
Estatura	<input type="checkbox"/> Estimada <input checked="" type="checkbox"/> Mensurada	
Peso Atual	<input type="checkbox"/> Estimada <input checked="" type="checkbox"/> Mensurada	<i>1.68m</i>
IMC		<i>78kg</i>
Peso Ideal		<i>20kg/m<sup>2</sup></i>
% de Perda de Peso		
Diagnóstico Nutricional		<i>Ulceração</i>
Necessidade Energética Total		<i>1.950Kcal</i>
Necessidade Proteica Total		<i>94g</i>



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
CONTRATO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



DATA - 13/11/2024 ate 13/11/2024 , PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N. CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO) - 50001059,50000822,50001111...]

NOME : ANDERSON NEVES DOS SANTOS

ATENDIMENT : 4426161

NOME : ANDERSON NEVES DOS SANTOS

CONV : SIH DATA NASC : 21/11/1992

LEITO : 988-A

SETOR : UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

371445 EMANUEL PEDRO DE CARVALHO TAUYR

DESCRIÇÃO

NOVASOURCE GC 1.5

OBSERVAÇÕES

POE SNE 30 ML/H EM BI

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

NOME : ANTONIO SIDERLEI BALISTA

ATENDIMENT : 4429258

NOME : ANTONIO SIDERLEI BALISTA

CONV : SIH DATA NASC : 01/08/1961

LEITO : 615-B

SETOR : UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

371233 EDUARDO MAYRHOFFER SARGI

DESCRIÇÃO

FRESUBIN ENERGY

OBSERVAÇÕES

40ML/H VIA SNE

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

NOME : BENEDITO RODRIGUES LOPES

ATENDIMENT : 4440444

NOME : BENEDITO RODRIGUES LOPES

CONV : IAMI DATA NASC : 13/07/1951

LEITO : 106-B

SETOR : UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

371295 RODRIGO BOMFIM RIBEIRO

DESCRIÇÃO

DIETA ENTERAL PADRONIZADA

OBSERVAÇÕES

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

NOME : BENEDITO TEIXEIRA DA SILVA

ATENDIMENT : 4439034

NOME : BENEDITO TEIXEIRA DA SILVA

CONV : SIH DATA NASC : 10/08/1958

LEITO : UT11

SETOR : UTI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

371131 EDUARDO MAYRHOFFER SARGI

DESCRIÇÃO

NOVASOURCE GC 1.5

OBSERVAÇÕES

40ML/H POR SNE

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

NOME : CLEONICE CIRINO LETTE

ATENDIMENT : 4441919

NOME : CLEONICE CIRINO LETTE

CONV : SIH DATA NASC : 13/06/1969

LEITO : 602-B

SETOR : UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

371408 APARECIDO PEREIRA NETO

DESCRIÇÃO

DIETA ENTERAL

FRESUBIN ENERGY

OBSERVAÇÕES

20 ML/H SNE - SUSPENSO

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

371603

Impresso por: MAISA



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



DATA - 13/11/2024 ate 13/11/2024 - PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N. CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO): 50001059,50000822,5000111[...]

00907 - CENSO DIETAS

ATENDIMENT: 4427501

NOME: ELISABETE FERREIRA SALES

CONV: SIH DATA NASC: 20/12/1974

LEITO: 617-A

SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

DESCRIÇÃO

OBSERVAÇÕES

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

371153 JULIANE D AVOGLIO PASTORE

FRESUBIN ENERGY

30 ML/H SNE

N

NOME: EMILIA TRABULSI DO PRADO

ATENDIMENT: 4442706

NOME: EMILIA TRABULSI DO PRADO

CONV: UCBPBM DATA NASC: 21/01/1942

LEITO: 2002-A

SETOR: SUI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

DESCRIÇÃO

OBSERVAÇÕES

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

371675 LARISSA CAFE TEIXEIRA

PEPTIMAX

30 ML/H PELA GTT.

N

NOME: HERMINIA BRAZ DE CASTRO

ATENDIMENT: 4439351

NOME: HERMINIA BRAZ DE CASTRO

CONV: SIH DATA NASC: 24/11/1934

LEITO: 614-A

SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

DESCRIÇÃO

OBSERVAÇÕES

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

371296 MATEUS BONFIM DOMINGOS

FRESUBIN ENERGY

POR SNE 20 ML/H CONTINUO.

N

NOME: IUSMA ALVES DE SOUZA GOMES

ATENDIMENT: 4416480

NOME: IUSMA ALVES DE SOUZA GOMES

CONV: SIH DATA NASC: 25/06/1969

LEITO: 406-B

SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

DESCRIÇÃO

OBSERVAÇÕES

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

371755 FRANZ ANDREI PATRIARCHA

PEPTIMAX

40ML/H VIA SNE

N

NOME: JOANES FERREIRA DO NASCIMENTO

ATENDIMENT: 4439805

NOME: JOANES FERREIRA DO NASCIMENTO

CONV: SIH DATA NASC: 28/01/1953

LEITO: UTI-11

SETOR: UTI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

DESCRIÇÃO

OBSERVAÇÕES

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

371193 JULIANE D AVOGLIO PASTORE

NOVASOURCE GC 1.5

40 ML/H SNE

N

NOME: JOAO HERNANDES

ATENDIMENT: 4438209

NOME: JOAO HERNANDES

CONV: SIH DATA NASC: 06/07/1943

LEITO: UTI-06

SETOR: UTI

Imprimosa por: MAISA





SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



DATA - 13/11/2024 ate 13/11/2024 . PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N . CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO)-50001059.50000822.50001111. ]

00907 - CENSO DIETAS

ATENDIMENT: 4442285 NOME: SOLANGE MARTINHO DA SILVA BALANSIERI CONV: IAMI DATA NASC: 09/03/1965 LEITO: 104-B SETOR: UNI  
 PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRIÇÃO OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT  
 371462 DIETA ENTERAL N

ATENDIMENT: 4435962 NOME: VANESSA APARECIDA MARTINS BINOTI CARDOSO CONV: SIH DATA NASC: 25/08/1982 LEITO: 601-B SETOR: UNI  
 PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRIÇÃO OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT  
 371249 MIGUEL AUGUSTO RODRIGUES DEL PINO FRESUBIN ENERGY POR SNE 30 ML/H EM BI N

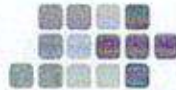
ATENDIMENT: 4420970 NOME: ZILDO ALVES COSTA CONV: SIH DATA NASC: 24/05/1971 LEITO: 407-A SETOR: UNI  
 PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRIÇÃO OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT  
 371119 MATEUS BONFIM DOMINGOS NOVASOURCE GC 1.5 20 ML/H SNE N  
 371121 MATEUS BONFIM DOMINGOS NOVASOURCE GC 1.5 20 ML/H SNE N

Impresso por: MALISA



## Ficha de Avaliação e Evolução em Terapia Nutricional

Nome	SANTA CASA RIO PRETO ANTONIO CARLOS DE LIMA		SENHA
Data	Mãe: ANTONIETA EVANGELINA DE JESUS		Sexo: Quarto - Leito: 614-A
Médic	Nome Social: 4439306 MédROGERIO DEL ARCO Nasc01/07/1945 Id: 79		
Data	Conv.SIH - SUS INTERNACAO Sexo: M Leito614-A Dt.At.: 09/11/24 Hora:19:29 Pront.11540991INTERNACAO		Convênio: 505
Hipótese Diagnóstico/Antecedentes: <u>Crise convulsiva IG=PO drenagem de abscesso cerebral / HAS DM</u>			
Avaliação Nutricional			Data: 19/11/24
Condição Física			( ) Deambula (x) Acamado(a)
Dieta Via Oral	<input checked="" type="checkbox"/> Sim ( ) Não	Dieta: <u>líquida</u>	
Complemento Nutricional Oral	( ) Sim (x) Não	Complemento: _____	
Dieta Enteral	<input checked="" type="checkbox"/> Sim ( ) Não	Dieta: <u>Amorim líquido</u> Volume: <u>20 ml/h</u>	
Complemento Nutricional Enteral	<input checked="" type="checkbox"/> Sim ( ) Não	Complemento: <u>Proteica 15g/1x/dia</u>	
Alergia ou intolerância alimentar		( ) Sim (x) Não	Qual: _____
Alteração Apetite		(x) Sim ( ) Não	
Disfagia		(x) Sim ( ) Não	
Vômitos		( ) Sim (x) Não	
Evacuação		( ) Diarreia ( ) Obstipação	<u>Normal</u>
Lado Medido		( ) Direito ( ) Esquerdo	
Altura do joelho (AJ)			
Circunferência da Panturrilha (CP)			
Circunferência do Braço (CB)			
Dobra Cutânea Tricipital (PCT)			
Peso Habitual			
Estatura	( ) Estimada (x) Mensurada		
Peso Atual	( ) Estimada (x) Mensurada	<u>1,62m</u>	
IMC		<u>73kg</u>	
Peso Ideal		<u>28kg/m<sup>2</sup></u>	
% de Perda de Peso			
Diagnóstico Nutricional		<u>Risco Nutricional</u>	
Necessidade Energética Total		<u>2.190 Kcal</u>	
Necessidade Proteica Total		<u>100g</u>	



### Ficha de Avaliação e Evolução em Terapia Nutricional

Nome: SANTA CASA RIO PRETO <b>ORNELIO COSTA LANTEZACK</b>	SENHA	
Data d Mãe: IRENE COSTA LANTEZACK Nome Social: <b>4440556</b>		Sexo: Quarto - Leito: <b>804-B</b>
Médic: MédCARLA M RODRIGUES Conv.SIH - SUS INTERNACAO	Nasc: 07/09/1952 Id: 72 Sexo: M Leito: 804-B	
Data d Dt. At.: 11/11/24 Hora: 18:15	Pront. 291985 INTERNACAO	Convênio: <b>SUS</b>
Hipótese Diagnóstico/Antecedentes: <b>CA pancreática / Hematemese / Anorexia / Imagem tumoral / HAS / DM</b>		

Avaliação Nutricional	Data: <b>09/11/24</b>	
Condição Física	<input checked="" type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Acamado(a)	
Dieta Via Oral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Dieta: _____	
Complemento Nutricional Oral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Complemento: _____	
Dieta Enteral	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Dieta: <b>Glucelina Energy</b> Volume: <b>220 ml 1x/dia</b>	
Complemento Nutricional Enteral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Complemento: _____	
Alergia ou intolerância alimentar	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Qual: _____	
Alteração Apetite	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Disfagia	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Vômitos	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Evacuação	<input type="checkbox"/> Diarreia <input checked="" type="checkbox"/> Obstipação	
Lado Medido	<input type="checkbox"/> Direito <input type="checkbox"/> Esquerdo	
Altura do joelho (AJ)		
Circunferência da Panturrilha (CP)		
Circunferência do Braço (CB)		
Dobra Cutânea Tricipital (PCT)		
Peso Habitual		
Estatura	<input type="checkbox"/> Estimada <input checked="" type="checkbox"/> Mensurada <b>1,68m</b>	
Peso Atual	<input type="checkbox"/> Estimada <input checked="" type="checkbox"/> Mensurada <b>69kg</b>	
IMC	<b>24 kg/m<sup>2</sup></b>	
Peso Ideal		
% de Perda de Peso		
Diagnóstico Nutricional	<b>Risco Nutricional</b>	
Necessidade Energética Total	<b>2.070kcal</b>	
Necessidade Proteica Total	<b>83g</b>	



**SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO**  
COMPROVAÇÃO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



00907 - CENSO DIETAS

DATA - 19/11/2024 ate 19/11/2024 . PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N . CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO)-50001059,50000822,5000111L.]

NOME : ANTONIO CARLOS DA SILVA

ATENDEMENT : 4442347

NOME : ANTONIO CARLOS DA SILVA

CONV: SIH DATA NASC: 26/09/1952

LEITO: UTI-02

SETOR: UTI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

376129 APARECIDO PEREIRA NETO

DESCRIÇÃO

NOVASOURCE GC 1.5

OBSERVAÇÕES

40ML/H POR SNE

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

NOME : ANTONIO CARLOS DE LIMA

ATENDEMENT : 4439306

NOME : ANTONIO CARLOS DE LIMA

CONV: SIH DATA NASC: 01/07/1945

LEITO: 614-A

SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

376198 ANA RACHEL DE OLIVEIRA VERMEJO

DESCRIÇÃO

FRESUBIN ENERGY

OBSERVAÇÕES

20 ML/H SNE

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

NOME : ANTONIO SIDERLEI BALISTA

ATENDEMENT : 4429258

NOME : ANTONIO SIDERLEI BALISTA

CONV: SIH DATA NASC: 01/08/1961

LEITO: 615-B

SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

376044 MARIA ADRIANA ALMEIDA DA COSTA LIMA

DESCRIÇÃO

FRESUBIN ENERGY

OBSERVAÇÕES

40ML/H VIA SNE

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

NOME : DANIELA ALMEIDA DA SILVA

ATENDEMENT : 4439532

NOME : DANIELA ALMEIDA DA SILVA

CONV: UC/BHPM DATA NASC: 28/10/2004

LEITO: 2001-A

SETOR: SUJ

PRESCRIÇÃO MÉDICO

376329 RAYSSA MARCOSKI RODRIGUES DE ALMEIDA

DESCRIÇÃO

PEPTIMAX

OBSERVAÇÕES

30 ML/H POR SNE 6 VEZES AO DIA

VIA GTT - PORCOES MENORES COM INTE

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

NOME : DEBORA CRISTINA GIMENES SILVA

ATENDEMENT : 4437727

NOME : DEBORA CRISTINA GIMENES SILVA

CONV: IAMI DATA NASC: 17/10/1967

LEITO: 108-A

SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

376038 MARIA ADRIANA ALMEIDA DA COSTA LIMA

DESCRIÇÃO

FRESUBIN ENERGY

OBSERVAÇÕES

POR SNE A 40 ML/H CONTINUO

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

Impresso por: MAÍSA



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
COMISSÃO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



DATA - 19/11/2024 ate 19/11/2024 . PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N, CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO)-50001059,50000822,5000111[.]

ATENDIMENT: 4446909 NOME: EMERSON FERRARI CONV: SIH DATA NASC: 06/07/1975 LEITO: 01117 SETOR: UTI

PRESCRIÇÃO MÉDICO OTAVIO LEAO DA SILVEIRA DESCRICÃO FRESUBIN ENERGY OBSERVAÇÕES POR SNE 30 ML/H EM BI PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT

NOME: IRACEMA DE ALMEIDA CARVALHO CONV: SIH DATA NASC: 24/05/1955 LEITO: 486-B SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO MARIA ADRIANA ALMEIDA DA COSTA LIMA DESCRICÃO NOVASOURCE GC 1.5 OBSERVAÇÕES POR SNE A 40 ML/H CONTINUO. PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT

NOME: IRMA ANTONINO CAMILLO CONV: SIH DATA NASC: 08/09/1941 LEITO: 910-B SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO DIEGO STEFANI BIZINOTO DESCRICÃO DIETA ENTERAL PADRONIZADA OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT

NOME: IUSMA ALVES DE SOUZA GOMES CONV: SIH DATA NASC: 25/06/1969 LEITO: 486-B SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO FRANZ ANDREI PATRIARCA DESCRICÃO PEPITIMAX OBSERVAÇÕES 40ML/H VIA SNE PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT

NOME: JENIFFER VITORIA DUARTE ACCARINI CONV: SIH DATA NASC: 18/09/2000 LEITO: 618-B SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO APARECIDO PEREIRA NETO DESCRICÃO FRESUBIN ENERGY OBSERVAÇÕES 40 ML/H POR SNE PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT

NOME: JESSICA APARECIDA MARTINS CONV: SIH DATA NASC: 21/10/1991 LEITO: 619-B SETOR: UNI

ATENDIMENT: 4444075 NOME: JESSICA APARECIDA MARTINS

Impresso por: MATAIS

LGPD: Relatório pode conter dados pessoais e/ou sensíveis, recomenda-se a destruição após o uso



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



DATA: 19/11/2024 até 19/11/2024 , PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N. CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO-50001059,500000822,5000111[...])

376250	ANA RACHEL DE OLIVEIRA VERMEJO	NOVASOURCE GC 1.5	20 ML/H SNE	N					
ATENDIMENT: 4444171									
NOME: MARCELO SUITER									
PRESCRIÇÃO	MEDICO	DESCRICAÇÃO	OBSERVAÇÕES	CONV: SIH	DATA NASC: 28/10/1966	LEITO: UTI-10	SETOR: UTI		
376212	ANA RACHEL DE OLIVEIRA VERMEJO	FRESUBIN ENERGY	30 ML/H SNE	N					
NOME: MARCENE VALENTIM DOS SANTOS									
ATENDIMENT: 4434224									
NOME: MARCENE VALENTIM DOS SANTOS									
PRESCRIÇÃO	MEDICO	DESCRICAÇÃO	OBSERVAÇÕES	CONV: SIH	DATA NASC: 19/03/1970	LEITO: 812-A	SETOR: UNI		
376220	APARECIDO PEREIRA NETO	FRESUBIN ENERGY	40 ML/H SNE	N					
NOME: MARIA APARECIDA DOS ANJOS									
ATENDIMENT: 4431897									
NOME: MARIA APARECIDA DOS ANJOS									
PRESCRIÇÃO	MEDICO	DESCRICAÇÃO	OBSERVAÇÕES	CONV: SIH	DATA NASC: 03/01/1964	LEITO: 617-B	SETOR: UNI		
376030	MARIA ADRIANA ALMEIDA DA COSTA LIMA	FRESUBIN ENERGY	40 ML/H POR SNE	N					
NOME: MARIA APARECIDA DOS SANTOS FARIA									
ATENDIMENT: 4447187									
NOME: MARIA APARECIDA DOS SANTOS FARIA									
PRESCRIÇÃO	MEDICO	DESCRICAÇÃO	OBSERVAÇÕES	CONV: BPA	DATA NASC: 17/11/1961	LEITO:	SETOR:		
376454	EDUARDO MAYRHOFFER SARGI	NOVASOURCE GC 1.5	30 ML POR SNE	N					
NOME: MARTINA GUIMARAES SANT ANNA									
ATENDIMENT: 4444031									
NOME: MARTINA GUIMARAES SANT ANNA									
PRESCRIÇÃO	MEDICO	DESCRICAÇÃO	OBSERVAÇÕES	CONV: UCBBPM	DATA NASC: 12/05/1941	LEITO: 2007-B	SETOR: SUI		
376010	MARIA ADRIANA ALMEIDA DA COSTA LIMA	FRESUBIN ENERGY	40ML/H VIA SNE	N					
NOME: MARTINA GUIMARAES SANT ANNA									

Impresso por MAISSA



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
COMPROVAÇÃO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



DATA - 19/11/2024 ate 19/11/2024 . PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? . N . CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVICIO) . 50001059 . 50000822 . 50001111 . ]

00907 - CENSO DIETAS

ATENDIMENT: 4437148 NOME: RUBENS JOSE DE SOUZA

PRESCRIÇÃO MÉDICO ANA RACHEL DE OLIVEIRA VERMEJO CONV: SIH DATA NASC: 03/02/1951 LETITO: 689-B SETOR: UNI

376160 ANA RACHEL DE OLIVEIRA VERMEJO OBSERVAÇÕES 40 ML/H SNE PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT

NOME: SILVIA ALVES BORGES DE SOUSA N

ATENDIMENT: 4427253 NOME: SILVIA ALVES BORGES DE SOUSA CONV: SIH DATA NASC: 06/06/1986 LETITO: UT114 SETOR: UTI

PRESCRIÇÃO MÉDICO BARBARA RIZZATO ARAUJO OBSERVAÇÕES 40ML/H VIA SNE PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT

376486 BARBARA RIZZATO ARAUJO N

ATENDIMENT: 4444467 NOME: SUZETE DA SILVA ALVES PINHEIRO CONV: SIH DATA NASC: 25/10/1963 LETITO: UT116 SETOR: UTI

PRESCRIÇÃO MÉDICO MIGUEL AUGUSTO RODRIGUES DEL PINO OBSERVAÇÕES POE SNE 30 ML/H EM BI PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT

375982 MIGUEL AUGUSTO RODRIGUES DEL PINO N

ATENDIMENT: 4435962 NOME: VANESSA APARECIDA MARTINS BINOTTI CARDOSO CONV: SIH DATA NASC: 25/08/1982 LETITO: 601-B SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO MIGUEL AUGUSTO RODRIGUES DEL PINO OBSERVAÇÕES POR SNE 30 ML/H EM BI PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT

375934 MIGUEL AUGUSTO RODRIGUES DEL PINO N

ATENDIMENT: 4443357 NOME: WESLEY PEREIRA DA SILVA CONV: SIH DATA NASC: 17/03/1994 LETITO: 908-8 SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO MIGUEL AUGUSTO RODRIGUES DEL PINO OBSERVAÇÕES POE SNE 30 ML/H EM BI PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT

375989 MIGUEL AUGUSTO RODRIGUES DEL PINO N

Impresso por: MATA



### Ficha de Avaliação e Evolução em Terapia Nutricional

Nome	SANTA CASA RIO PRETO EDUARDO RODRIGUES	SENHA	
Data	Mãe: REGIANE RODRIGUES DA SILVA		Sexo: Quarto - Leito: 605-B
Médico	Nome Social: 4442747 Méd. DIEGO STEFANI BIZINO Nasc: 03/01/1998 Id: 26		
Data	Conv. SIH - SUS INTERNACAO Sexo: M Leito: 605-B Dt. At.: 13/11/24 Hora: 20:33 Pront. 1154327 INTERNACAO		Convênio: SUS
Hipótese Diagnóstico/Antecedentes: <u>KNC a lu / Broncopneumonia (CT Torax)</u>			

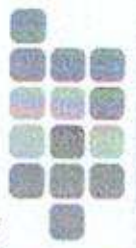
Avaliação Nutricional		Data: <u>23/11/24</u>
Condição Física		<input type="checkbox"/> Deambula <input checked="" type="checkbox"/> Acamado(a)
Dieta Via Oral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Dieta: _____
Complemento Nutricional Oral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Complemento: _____
Dieta Enteral	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Dieta: <u>Franklin Energy</u> Volume: <u>60 ml / h</u>
Complemento Nutricional Enteral	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Complemento: <u>Protico 20g / 2x / dia</u>
Alergia ou intolerância alimentar	Qual: _____	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
Alteração Apetite		<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Disfagia		<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Vômitos		<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
Evacuação		<input type="checkbox"/> Diarreia <input checked="" type="checkbox"/> Obstipação
Lado Medido		<input type="checkbox"/> Direito <input type="checkbox"/> Esquerdo
Altura do joelho (AJ)		
Circunferência da Panturrilha (CP)		
Circunferência do Braço (CB)		
Dobra Cutânea Tricipital (PCT)		
Peso Habitual		
Estatuta		<input type="checkbox"/> Estimada <input checked="" type="checkbox"/> Mensurada
Peso Atual		<input type="checkbox"/> Estimada <input checked="" type="checkbox"/> Mensurada
IMC		<u>1.88 m</u> <u>63 Kg</u> <u>18 Kg / m<sup>2</sup></u>
Peso Ideal		
% de Perda de Peso		
Diagnóstico Nutricional		<u>Risco Nutricional</u>
Necessidade Energética Total		<u>1.890 Kcal</u>
Necessidade Proteica Total		<u>76g</u>



### Ficha de Avaliação e Evolução em Terapia Nutricional

Nome	SANTA CASA RIO PRETO ANTONIO FAUSTINO DOS SANTOS	SENHA	
Data	Mãe: ELPIDIA ISIDORA DE JESUS	Sexo:	Quarto - Leito: 801-B
Médico	Nome Social: 4447173 Méd BRUNO NASC BETTENCOU Nasc 03/04/1952 Id: 72	Convênio:	SUS
Data	Conv. SIH - SUS INTERNACAO Sexo: M Leito 801-B Dt. At.: 19/11/24 Hora: 14:24 Pront. 1050919 INTERNACAO		
Hipótese Diagnóstico/Antecedentes:	TCE / Inapetência / Sinalência		

Avaliação Nutricional	Data: 20/11/24		
Condição Física	<input type="checkbox"/> Deambula <input checked="" type="checkbox"/> Acamado(a)		
Dieta Via Oral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Dieta: _____	
Complemento Nutricional Oral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Complemento: _____	
Dieta Enteral	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Dieta: <u>Formula Energy</u> Volume: <u>200 ml 6x/dia</u>	
Complemento Nutricional Enteral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Complemento: _____	
Alergia ou intolerância alimentar	Qual: _____ <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		
Alteração Apetite	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Disfagia	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		
Vômitos	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		
Evacuação	<input type="checkbox"/> Diarreia <input checked="" type="checkbox"/> Obstipação		
Lado Medido	<input type="checkbox"/> Direito <input type="checkbox"/> Esquerdo		
Altura do joelho (AJ)			
Circunferência da Panturrilha (CP)			
Circunferência do Braço (CB)			
Dobra Cutânea Tricipital (PCT)			
Peso Habitual			
Estatura	<input type="checkbox"/> Estimada <input checked="" type="checkbox"/> Mensurada		
Peso Atual	<input type="checkbox"/> Estimada <input checked="" type="checkbox"/> Mensurada		
IMC	1.60m 53Kg 21Kg/m <sup>2</sup>		
Peso Ideal			
% de Perda de Peso			
Diagnóstico Nutricional	Desnutrição		
Necessidade Energética Total	2.120 Kcal		
Necessidade Proteica Total	8g		



**SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO**  
COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



00907 - CENSO DIETAS

DATA - 21/11/2024 ate 21/11/2024 . PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N . CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO)-50001059,500000822,50001111..1

NOME: ADEBORA MASSUIA DEROCO NOME: ADEBORA MASSUIA DEROCO CONV: SIH DATA NASC: 25/01/1941 LEITO: 603-A SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO CARLA MARIA RODRIGUES DE CARVALHO DIETA ENTERAL OBSERVAÇÕES PARA DIABÉTICO N PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENTO

NOME: ANTONIO CARLOS DA SILVA NOME: ANTONIO CARLOS DA SILVA CONV: SIH DATA NASC: 26/09/1952 LEITO: UTI-02 SETOR: UTI

PRESCRIÇÃO MÉDICO LUCIANA MANSUR PINTO BORGES NOVASOURCE GC 1.5 40ML/H POR SNE N PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENTO

ATENDIMENT: 4439306 NOME: ANTONIO CARLOS DE LIMA CONV: SIH DATA NASC: 01/07/1945 LEITO: 614-A SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO ARA BEATRIZ THOME DORIA FRESUBIN ENERGY SE NAO HOUVER BOA ACEITACAO DA DIE N PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENTO

ATENDIMENT: 4447173 NOME: ANTONIO FAUSTINO DOS SANTOS CONV: SIH DATA NASC: 03/04/1952 LEITO: 801-B SETOR: UNI

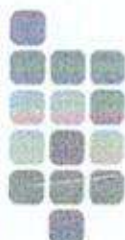
PRESCRIÇÃO MÉDICO ROGERIO DEL ARCO DIETA ENTERAL OBSERVAÇÕES N PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENTO

ATENDIMENT: 4429258 NOME: ANTONIO SIDERLEI BALISTA CONV: SIH DATA NASC: 01/08/1961 LEITO: 615-B SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO CARLOS EDUARDO GRASSI MAZZETTO FRESUBIN ENERGY 40ML/H VIA SNE N PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENTO

NOME: DANIELA ALMEIDA DA SILVA

Impresso por: MAISA



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

COOPERACAO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



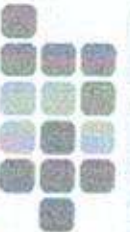
00907 - CENSO DIETAS

DATA - 21/11/2024 ate 21/11/2024 . PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N . CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO) - 50001059-50000822-50001111...

PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRICAÇÃO	OBSERVAÇÕES	CONV:	SIH	DATA NASC:	LEITO:	MOTIVO CANCELAMENT	SETOR:
4427501	ELISABETE FERREIRA SALES			CONV:	SIH	20/12/1974	617-A		UNI
377629	ESTER CRISTINA DE ALMEIDA ZEITONI	FRESUBIN ENERGY	40 ML/H SNE					PRESCRIÇÃO CANCELADA	UNI
NOME: ELISABETE RODRIGUES									
4442031	ELISABETE RODRIGUES			CONV:	SIH	06/12/1957	603-B		UNI
NOME: ELISABETE RODRIGUES									
377694	ANA BEATRIZ THOME DORIA	FRESUBIN ENERGY	40 ML/H SNE					PRESCRIÇÃO CANCELADA	UNI
NOME: EMERSON FERRARI									
4446909	EMERSON FERRARI			CONV:	SIH	06/07/1975	UT117		UTI
NOME: EMERSON FERRARI									
377785	MIGUEL AUGUSTO RODRIGUES DEL PINO	NOVASOURCE GC 1.5	POE SNE 30 ML/H EM BI					PRESCRIÇÃO CANCELADA	UNI
NOME: IRACEMA DE ALMEIDA CARVALHO									
4442060	IRACEMA DE ALMEIDA CARVALHO			CONV:	SIH	24/05/1955	406-B		UNI
NOME: IRACEMA DE ALMEIDA CARVALHO									
377537	APARECIDO PEREIRA NETO	NOVASOURCE GC 1.5	POR SNE A 40 ML/H CONTINUO.					PRESCRIÇÃO CANCELADA	UNI
NOME: IRENE FERREIRA BIANCHI									
4444502	IRENE FERREIRA BIANCHI			CONV:	SIH	29/07/1942	606-B		UNI
NOME: IRENE FERREIRA BIANCHI									
377738		NOVASOURCE GC 1.5	30 ML/H EM BIC					PRESCRIÇÃO CANCELADA	UNI
377744		NOVASOURCE GC 1.5	30 ML/H					PRESCRIÇÃO CANCELADA	UNI
NOME: IRMA ANTONINO CAMILLO									
4446131	IRMA ANTONINO CAMILLO			CONV:	SIH	08/09/1941	910-B		UNI
NOME: IRMA ANTONINO CAMILLO									

Impressão por: MAISA

LGPD: Relatório pode conter dados pessoais e/ou sensíveis, recomenda-se a destruição após o uso



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
CORPORATIVO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500

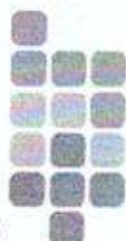


00907 - CENSO DIETAS  
DATA - 21/11/2024 ate 21/11/2024 , PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N , CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO)-50001059,50000822,5000111[...]

PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
377801	LUCIANA MANSUR PINTO BORGES	FRESUBIN ENERGY	40 ML/H SNE	N	
NOME: LUIZ FRANCISCO DE OLIVEIRA					
ATENDIMENT:	4447315	NOME:	LUIZ FRANCISCO DE OLIVEIRA	CONV:	SIH DATA NASC: 22/02/1954
		LEITO:	616-A	SETOR:	UNI
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
377448	ESTER CRISTINA DE ALMEIDA ZELTUNI	DIETA ENTERAL PADRONIZADA		N	
NOME: LUZIA LOPES					
ATENDIMENT:	4445585	NOME:	LUZIA LOPES	CONV:	SIH DATA NASC: 01/05/1951
		LEITO:	UTI-04	SETOR:	UTI
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
377831	LUCIANA MANSUR PINTO BORGES	NOVASOURCE GC 1.5	40 ML/H SNE	N	
NOME: MARCELO SUTTER					
ATENDIMENT:	4444171	NOME:	MARCELO SUTTER	CONV:	SIH DATA NASC: 28/10/1966
		LEITO:	UTI-10	SETOR:	UTI
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
377624	ANA BEATRIZ THOME DORIA	FRESUBIN ENERGY	40 ML/H SNE	N	
NOME: MARCIO JOSE DA COSTA					
ATENDIMENT:	4444153	NOME:	MARCIO JOSE DA COSTA	CONV:	SIH DATA NASC: 24/07/1979
		LEITO:	810-A	SETOR:	UNI
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
377720	MIGUEL AUGUSTO RODRIGUES DEL PINO	NOVASOURCE GC 1.5	POE SNE 30 ML/H EM BI	N	
NOME: MARIA APARECIDA DOS ANJOS					
ATENDIMENT:	4431897	NOME:	MARIA APARECIDA DOS ANJOS	CONV:	SIH DATA NASC: 03/01/1964
		LEITO:	617-B	SETOR:	UNI
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
377622	CARLOS EDUARDO GRASSI MAZZETTO	FRESUBIN ENERGY	40 ML/H POR SNE	N	

Impresso por: RAÍSA

LGPD: Relatório pode conter dados pessoais e/ou sensíveis, recomenda-se a destruição após o uso



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
COMPARTEILHADO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



00907 - CENSO DIETAS  
DATA - 21/11/2024 ate 21/11/2024 . PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N. CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVICIO)-50001059.50000822.5000111[...]

ATENDIMENT:	4447665	NOME:	MERCI LOURENCO SIQUEIRA	CONV:	SIH	DATA NASC:	05/04/1947	LEITO:	UTI13	SETOR:	UTI
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRICAÇÃO	DIETA ENTERAL	OBSERVAÇÕES				PRESCRIÇÃO CANCELADA		MOTIVO CANCELAMENT	
377424	RENATO BUCHALLA BARBAR CURY	FRESUBIN ENERGY	30ML/H								
378263											
NOME:	NIVAL BOSCOLO PINA										
ATENDIMENT:	4439047	NOME:	NIVAL BOSCOLO PINA	CONV:	SIH	DATA NASC:	01/10/1949	LEITO:	UTI-07	SETOR:	UTI
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRICAÇÃO	NOVASOURCE GC 1.5	OBSERVAÇÕES				PRESCRIÇÃO CANCELADA		MOTIVO CANCELAMENT	
377850	LUCIANA MANSUR PINTO BORGES	FRESUBIN ENERGY	40 ML/H SNE								
NOME:	OTAVIO ALVES GUIMARAES										
ATENDIMENT:	4440625	NOME:	OTAVIO ALVES GUIMARAES	CONV:	SIH	DATA NASC:	09/12/1962	LEITO:	803-A	SETOR:	UTI
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRICAÇÃO	FRESUBIN ENERGY	OBSERVAÇÕES				PRESCRIÇÃO CANCELADA		MOTIVO CANCELAMENT	
377839	ANA BEATRIZ THOME DORIA	FRESUBIN ENERGY	40 ML/H SNE								
NOME:	PROCOPIA GARCIA RIOS										
ATENDIMENT:	4447575	NOME:	PROCOPIA GARCIA RIOS	CONV:	UCBHPM	DATA NASC:	11/05/1927	LEITO:	2011-A	SETOR:	SUI
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRICAÇÃO	DIETA ENTERAL PADRONIZADA	OBSERVAÇÕES				PRESCRIÇÃO CANCELADA		MOTIVO CANCELAMENT	
377466											
NOME:	RUBENS JOSE DE SOUZA										
ATENDIMENT:	4437148	NOME:	RUBENS JOSE DE SOUZA	CONV:	SIH	DATA NASC:	03/02/1951	LEITO:	609-B	SETOR:	UNI
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRICAÇÃO	FRESUBIN ENERGY	OBSERVAÇÕES				PRESCRIÇÃO CANCELADA		MOTIVO CANCELAMENT	
377489	SERGIO PAPARELI JUNIOR	FRESUBIN ENERGY	40 ML/H SNE								
NOME:	SILVIA ALVES BORGES DE SOUSA										

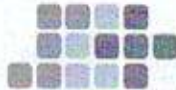
Impresso por: WFLISA

LGPD - Relatório pode conter dados pessoais e/ou sensíveis, recomenda-se a destruição após o uso



## Ficha de Avaliação e Evolução em Terapia Nutricional

Nome: SANTA CASA RIO PRETO		SENHA	
Nome: ADEBORA MASSUIA DEROCO			
Data:	Mãe: ALICE DOS SANTOS MASSUIA		
Nome Social: 4447447		Sexo: Quarto - Leito: 603-A	
Médico:	Méd. CARLA M RODRIGUES	Nasc: 25/01/1941 Id: 83	
Conv. SIH - SUS INTERNACAO		Sexo: F Leito: 603-A	
Data:	Dt. At.: 20/11/24	Hora: 07:02 Pront. 997239 INTERNACAO	
Hipótese Diagnóstico/Antecedentes: HASI - Im / Hiperreflexia / Hipoglicemia			
Avaliação Nutricional		Data: 22/11/24	
Condição Física		<input type="checkbox"/> Deambula <input checked="" type="checkbox"/> Acamado(a)	
Dieta Via Oral		<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não    Dieta: _____	
Complemento Nutricional Oral		<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não    Complemento: _____	
Dieta Enteral		<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não    Dieta: <u>Nutrosone GCS</u> Volume: <u>200 ml 1x/dia</u>	
Complemento Nutricional Enteral		<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não    Complemento: _____	
Alergia ou intolerância alimentar		<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Qual: _____	
Alteração Apetite		<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Disfagia		<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Vômitos		<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Evacuação		<input checked="" type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Obstipação	
Lado Medido		<input type="checkbox"/> Direito <input checked="" type="checkbox"/> Esquerdo	
Altura do joelho (AJ)		43 cm	
Circunferência da Panturrilha (CP)		28 cm	
Circunferência do Braço (CB)		26 cm	
Dobra Cutânea Tricipital (PCT)			
Peso Habitual			
Estatura		<input checked="" type="checkbox"/> Estimada <input type="checkbox"/> Mensurada 1.49m	
Peso Atual		<input checked="" type="checkbox"/> Estimada <input type="checkbox"/> Mensurada 51 Kg	
IMC		25 Kg/m <sup>2</sup>	
Peso Ideal			
% de Perda de Peso			
Diagnóstico Nutricional		Risco Nutricional	
Necessidade Energética Total		1.785 Kcal	
Necessidade Proteica Total		77g	



## Fluxo de Avaliação e Evolução em Terapia Nutricional

Nome: SANTA CASA RIO PRETO WESLEY PEREIRA DA SILVA		SENHA
Data: Mãe: NILZA MARIA DA COSTA PEREIRA DA SILVA	Nome Social: 4443357	Sexo: Quarto - Leito: 908-B
Médico: MÉDIEGO STEFANI BIZINO	Nasc: 17/03/1994 Id: 30	
Conv. SIH - SUS INTERNACAO	Sexo: M Leito: 908-B	Convênio: SUS
Data: Dt. At.: 14/11/24 Hora: 11:32 Pront. 1152230 INTERNACAO		
Hipótese Diagnóstico/Antecedentes: <i>SKA B   Influenza B   T.N.M   Jorna   Olesidade</i>		
Avaliação Nutricional		Data: <i>22/11/24</i>
Condição Física		<input checked="" type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Acamado(a)
Dieta Via Oral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Dieta: _____
Complemento Nutricional Oral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Complemento: _____
Dieta Enteral	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Dieta: <i>Neutrosona G.C.I.5</i> Volume: <i>30 ml/d</i>
Complemento Nutricional Enteral	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Complemento: <i>Proteico 15g / 2x / dia</i>
Alergia ou intolerância alimentar	Qual: _____	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
Alteração Apetite		<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Disfagia		<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
Vômitos		<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
Evacuação		<input type="checkbox"/> Diarreia <input checked="" type="checkbox"/> Obstipação
Lado Medido		<input type="checkbox"/> Direito <i>Normal</i> <input type="checkbox"/> Esquerdo
Altura do joelho (AJ)		
Circunferência da Panturrilha (CP)		
Circunferência do Braço (CB)		
Dobra Cutânea Tricipital (PCT)		
Peso Habitual		
Estatura	<input type="checkbox"/> Estimada <input checked="" type="checkbox"/> Mensurada	
Peso Atual	<input type="checkbox"/> Estimada <input checked="" type="checkbox"/> Mensurada	<i>1,81 m</i>
IMC		<i>9,1 Kg</i>
Peso Ideal		<i>28 Kg / m<sup>2</sup></i>
% de Perda de Peso		
Diagnóstico Nutricional		<i>Olesidade</i>
Necessidade Energética Total		<i>2.730 Kcal</i>
Necessidade Proteica Total		<i>109g</i>



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
CORPORARISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



00907 - CENSO DIETAS

DATA : 22/11/2024 ate 22/11/2024 , PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N. CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO)-50001059,500000822,50001111. J

NOME : ADEBORA MASSUIA DEROCO

ATENDIMENT : 4447447

NOME : ADEBORA MASSUIA DEROCO

CONV: SIH DATA NASC: 25/01/1941

LEITO: 603-A

SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

378341 CARLA MARIA RODRIGUES DE CARVALHO

DESCRIÇÃO

DIETA ENTERAL

OBSERVAÇÕES

PARA DIABÉTICO

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

NOME : ANTONIO CARLOS DA SILVA

ATENDIMENT : 4442347

NOME : ANTONIO CARLOS DA SILVA

CONV: SIH DATA NASC: 26/09/1952

LEITO: UTI-02

SETOR: UTI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

378447 APARECIDO PEREIRA NETO

DESCRIÇÃO

NOVA SOURCE GC 1.5

OBSERVAÇÕES

40ML/H POR SNE

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

NOME : ANTONIO CARLOS DE LIMA

ATENDIMENT : 4439306

NOME : ANTONIO CARLOS DE LIMA

CONV: SIH DATA NASC: 01/07/1945

LEITO: 614-A

SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

378560 LUCIANA MANSUR PINTO BORGES

DESCRIÇÃO

FRESUBIN ENERGY

OBSERVAÇÕES

SE NAO HOVER BOA ACEITACAO DA DIE N  
SE NAO HOVER BOA ACEITACAO DA DIE N

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

NOME : ANTONIO FAUSTINO DOS SANTOS

ATENDIMENT : 4447173

NOME : ANTONIO FAUSTINO DOS SANTOS

CONV: SIH DATA NASC: 03/04/1952

LEITO: 801-B

SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

378660 BRUNO MASCIMENTO BETTENCOURT DA SILVA

DESCRIÇÃO

DIETA ENTERAL

OBSERVAÇÕES

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

NOME : ANTONIO SIDERLEI BALISTA

ATENDIMENT : 4429258

NOME : ANTONIO SIDERLEI BALISTA

CONV: SIH DATA NASC: 01/08/1961

LEITO: 615-B

SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

378920 FRANZ ANDREI PATRIARCHA

DESCRIÇÃO

FRESUBIN ENERGY

OBSERVAÇÕES

40ML/H VIA SNE

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

Impressão por: WALISA

LGPD: Relatório pode conter dados pessoais e/ou sensíveis, recomenda-se a destruição após o uso.



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



00907 - CENSO DIETAS  
DATA - 22/11/2024 ate 22/11/2024 . PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N . CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO)-50001059,500000822,5000111[...]

ATENDIMENT: 4442031	NOME: ELISABETE RODRIGUES	CONV: SIH	DATA NASC: 06/12/1957	LEITO: 603-B	SETOR: UNI
<b>PRESCRIÇÃO MÉDICO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>OBSERVAÇÕES</b>	<b>PRESCRIÇÃO CANCELADA</b>	<b>MOTIVO CANCELAMENT</b>	
378579	LUCIANA MANSUR PINTO BORGES	40 ML/H SNE - SUSPENSO. SNE FECHAD N			
<b>NOME: EMERSON FERRARI</b>					
ATENDIMENT: 4446909	NOME: EMERSON FERRARI	CONV: SIH	DATA NASC: 06/07/1975	LEITO: UT117	SETOR: UTI
<b>PRESCRIÇÃO MÉDICO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>OBSERVAÇÕES</b>	<b>PRESCRIÇÃO CANCELADA</b>	<b>MOTIVO CANCELAMENT</b>	
378617	MIGUEL AUGUSTO RODRIGUES DEL PINO	POE SNE 30 ML/H EM BI			
<b>NOME: FRANCISCO EUGENIO CARLOS</b>					
ATENDIMENT: 4449838	NOME: FRANCISCO EUGENIO CARLOS	CONV: SIH	DATA NASC: 03/03/1959	LEITO: 602-A	SETOR: UNI
<b>PRESCRIÇÃO MÉDICO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>OBSERVAÇÕES</b>	<b>PRESCRIÇÃO CANCELADA</b>	<b>MOTIVO CANCELAMENT</b>	
378924	DIETA ENTERAL PADRONIZADA				
378924	DIETA ENTERAL PADRONIZADA				
<b>NOME: IRACEMA DE ALMEIDA CARVALHO</b>					
ATENDIMENT: 4442060	NOME: IRACEMA DE ALMEIDA CARVALHO	CONV: SIH	DATA NASC: 24/05/1955	LEITO: 406-B	SETOR: UNI
<b>PRESCRIÇÃO MÉDICO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>OBSERVAÇÕES</b>	<b>PRESCRIÇÃO CANCELADA</b>	<b>MOTIVO CANCELAMENT</b>	
378594	ANA BEATRIZ THOME DORIA	POR SNE A 40 ML/H CONTINUO.			
<b>NOME: IRENE FERREIRA BIANCHI</b>					
ATENDIMENT: 4444502	NOME: IRENE FERREIRA BIANCHI	CONV: SIH	DATA NASC: 29/07/1942	LEITO: 606-B	SETOR: UNI
<b>PRESCRIÇÃO MÉDICO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>OBSERVAÇÕES</b>	<b>PRESCRIÇÃO CANCELADA</b>	<b>MOTIVO CANCELAMENT</b>	
378472	RENATO BUCHALLA BARBAR CURY	30 ML/H			
378472	RENATO BUCHALLA BARBAR CURY	30 ML/H EM BIC			
<b>NOME: IRMA ANTONINO CAMILLO</b>					

Impressão por: MA158

LGPD: Relatório pode conter dados pessoais e/ou sensíveis, recomenda-se a destruição após o uso



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
COMPROVASSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



00907 - CENSO DIETAS

DATA - 22/11/2024 ate 22/11/2024 . PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N . CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVICOS)-50001059;50000922;50001111[...]

PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	ADMINISTRAR POR SNE A 40 ML/H	CONT N	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
379090	ANANDA VITORIA BARROS SUZUKI DAMASCENO	NOVASOURCE GC 1.5					
NOME: LEIA SILVA MARIA ALVES DE SOUZA							
ATENDIMENT: 4420898	NOME: LEIA SILVA MARIA ALVES DE SOUZA		CONV: SIH	DATA NASC: 09/06/1956		LEITO: UT119	SETOR: UTI
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES			PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
378626	MIGUEL AUGUSTO RODRIGUES DEL PINO	NOVASOURCE GC 1.5	POE SNE 30 ML/H EM BI				
NOME: LUIZ AMADEU ROMAGNOLI							
ATENDIMENT: 4443753	NOME: LUIZ AMADEU ROMAGNOLI		CONV: SIH	DATA NASC: 13/03/1967		LEITO: UTI-01	SETOR: UTI
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES			PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
378422	APARECIDO PEREIRA NETO	FRESUBIN ENERGY	40 ML/H SNE				
NOME: LUZIA LOPES							
ATENDIMENT: 4445585	NOME: LUZIA LOPES		CONV: SIH	DATA NASC: 01/05/1951		LEITO: UTI-04	SETOR: UTI
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES			PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
378494	APARECIDO PEREIRA NETO	NOVASOURCE GC 1.5	40 ML/H SNE				
NOME: MARCELO SUITER							
ATENDIMENT: 4444171	NOME: MARCELO SUITER		CONV: SIH	DATA NASC: 28/10/1966		LEITO: UTI-10	SETOR: UTI
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES			PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
378549	LUCIANA MANSUR PINTO BORGES	FRESUBIN ENERGY	40 ML/H SNE				
NOME: MARIA APARECIDA DOS ANJOS							
ATENDIMENT: 4431897	NOME: MARIA APARECIDA DOS ANJOS		CONV: SIH	DATA NASC: 03/01/1964		LEITO: 617-B	SETOR: UNI
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES			PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT

Impresso por: MARISA

LGPD: Relatório pode conter dados pessoais e/ou sensíveis; recomenda-se a destruição após o uso.



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
COPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR



R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15025-500

00907 - CENSO DIETAS

DATA - 22/11/2024 ate 22/11/2024 . PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N , CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO)-50001059,50000822,50001111[...]

NOME : MERCI LOURENCO SIQUEIRA

ATENDIMENT : 4447665 NOME : MERCI LOURENCO SIQUEIRA

CONV: SIH DATA NASC: 05/04/1947

LEITO: UT113

SETOR: UTI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

DESCRIÇÃO

OBSERVAÇÕES

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

378502 MIGUEL AUGUSTO RODRIGUES DEL PINO

NOVASOURCE GC 1.5

POE SNE 30 ML/H EM BI

N

NOME : OTAVIO ALVES GUIMARAES

ATENDIMENT : 4440625 NOME : OTAVIO ALVES GUIMARAES

CONV: SIH DATA NASC: 09/12/1962

LEITO: 803-A

SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

DESCRIÇÃO

OBSERVAÇÕES

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

378631 LUCIANA MANSUR PINTO BORGES

FRESUBIN ENERGY

40 ML/H SNE

N

NOME : PROCOPIA GARCIA RIOS

ATENDIMENT : 4447575 NOME : PROCOPIA GARCIA RIOS

CONV: UC8PHM DATA NASC: 11/05/1927

LEITO: 2011-A

SETOR: SUI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

DESCRIÇÃO

OBSERVAÇÕES

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

378371 ESTER CRISTINA DE ALMEIDA ZEITUNI

DIETA ENTERAL PADRONIZADA

N

NOME : RUBENS JOSE DE SOUZA

ATENDIMENT : 4437148 NOME : RUBENS JOSE DE SOUZA

CONV: SIH DATA NASC: 03/02/1951

LEITO: 609-B

SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

DESCRIÇÃO

OBSERVAÇÕES

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

378505 SERGIO PAPARELI JUNIOR

FRESUBIN ENERGY

40 ML/H SNE

N

NOME : SILVIA ALVES BORGES DE SOUSA

ATENDIMENT : 4427253 NOME : SILVIA ALVES BORGES DE SOUSA

CONV: SIH DATA NASC: 06/06/1986

LEITO: UT114

SETOR: UTI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

DESCRIÇÃO

OBSERVAÇÕES

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

378523 MIGUEL AUGUSTO RODRIGUES DEL PINO

NOVASOURCE GC 1.5

POE SNE 30 ML/H EM BI

N

NOME : SUZETE DA SILVA ALVES PINHEIRO

Impresso por: MAISA

LGPD: Relatório pode conter dados pessoais e/ou sensíveis, recomenda-se a destruição após o uso



### Ficha de Avaliação e Evolução em Terapia Nutricional

Nome:	SANTA CASA RIO PRETO LEIA SILVA MARIA ALVES DE SOUZA	SENHA
Data de	Mãe: APARECIDA BERTOLDI ALVES Nome Social: 4449888	Sexo: Quarto - Leito: 601-B
Médico	MéDester ZEITUNI Conv.SIH - SUS INTERNACAO	Nasc09/06/1956 Id: 88 Sexo: F Leito601-B
Data de	Dt.Al.: 17/11/24 Hora07:01 Pront.753575 INTERNACAO	Convênio: SUS
Hipótese Diagnóstico/Antecedentes:	Sepse de focolar urinária IAVE	

Avaliação Nutricional	Data: 25/11/24	
Condição Física	<input type="checkbox"/> Deambula <input checked="" type="checkbox"/> Acamado(a)	
Dieta Via Oral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Dieta: _____	
Complemento Nutricional Oral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Complemento: _____	
Dieta Enteral	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Dieta: <u>Aremlin Energy</u> Volume: _____	
Complemento Nutricional Enteral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Complemento: _____	
Alergia ou intolerância alimentar	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Qual: _____	
Alteração Apetite	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Disfagia	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Vômitos	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Evacuação	<input type="checkbox"/> Diarreia <input checked="" type="checkbox"/> Obstipação	
Lado Medido	<input type="checkbox"/> Direito <input checked="" type="checkbox"/> Esquerdo	
Altura do joelho (AJ)	40 cm	
Circunferência da Panturrilha (CP)	33 cm	
Circunferência do Braço (CB)	23 cm	
Dobra Cutânea Tricipital (PCT)		
Peso Habitual		
Estatura	<input checked="" type="checkbox"/> Estimada <input type="checkbox"/> Mensurada	
Peso Atual	<input checked="" type="checkbox"/> Estimada <input type="checkbox"/> Mensurada	
IMC	1,62 m 65 kg 24,8 kg/m <sup>2</sup>	
Peso Ideal		
% de Perda de Peso		
Diagnóstico Nutricional	Anorexia	
Necessidade Energética Total	1.950 kcal	
Necessidade Proteica Total	130g	



### Ficha de Avaliação e Evolução em Terapia Nutricional

Nome		SANTA CASA RIO PRETO FRANCISCO EUGENIO CARLOS		SENHA	
Data c	Mãe: APARECIDA LANCA CARLOS			Sexo:	Quarto - Leito: 602-A
Médic	Nome Social: 4449838	Méd: DIEGO STEFANI BIZINO		Nasc: 03/03/1959 Id: 65	
Data c	Conv. SIH - SUS INTERNACAO	Sexo: M		Leito: 602-A	
Dt. At.: 22/11/24		Hora: 15:16		Pront. 770593 INTERNACAO	
Hipótese Diagnóstico/Antecedentes: <i>Depressão de fezes submaneira / Intoxicação / Hiperacidez</i>					
Avaliação Nutricional			Data: <i>25/11/24</i>		
Condição Física			<input type="checkbox"/> Deambula <input checked="" type="checkbox"/> Acamado(a)		
Dieta Via Oral			<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não    Dieta: _____		
Complemento Nutricional Oral			<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não    Complemento: _____		
Dieta Enteral			<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não    Dieta: <i>Granulin Energy</i> Volume: <i>220ml/6x/dia</i>		
Complemento Nutricional Enteral			<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não    Complemento: _____		
Alergia ou intolerância alimentar			<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Qual: _____		
Alteração Apetite			<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Disfagia			<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		
Vômitos			<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		
Evacuação			<input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Obstipação <i>Normal</i>		
Lado Medido			<input type="checkbox"/> Direito <input checked="" type="checkbox"/> Esquerdo		
Altura do joelho (AJ)			<i>50 cm</i>		
Circunferência da Panturrilha (CP)			<i>31 cm</i>		
Circunferência do Braço (CB)			<i>27 cm</i>		
Dobra Cutânea Tricipital (PCT)					
Peso Habitual					
Estatura			<input checked="" type="checkbox"/> Estimada <input type="checkbox"/> Mensurada <i>1.56 m</i>		
Peso Atual			<input checked="" type="checkbox"/> Estimada <input type="checkbox"/> Mensurada <i>74 Kg</i>		
IMC			<i>30 Kg/m<sup>2</sup></i>		
Peso Ideal					
% de Perda de Peso					
Diagnóstico Nutricional			<i>Risco Nutricional</i>		
Necessidade Energética Total			<i>2.220 Kcal</i>		
Necessidade Proteica Total			<i>113g</i>		



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



00907 - CENSO DIETAS  
DATA: 25/11/2024 ate 25/11/2024 - PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N - CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO): 50001059,50000822,5000111[...]

NOME: ADEBORA MASSUIA DEROCO

ATENDIMENT: 4447447

NOME: ADEBORA MASSUIA DEROCO

CONV: SIH DATA NASC: 25/01/1941

LEITO: 603-A

SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

CARLA MARIA RODRIGUES DE CARVALHO

DESCRIÇÃO  
DIETA ENTERAL

OBSERVAÇÕES

PARA DIABÉTICO - CORRER DIETA LENT N

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

NOME: ANTONIO CARLOS DA SILVA

ATENDIMENT: 4442347

NOME: ANTONIO CARLOS DA SILVA

CONV: SIH DATA NASC: 26/09/1952

LEITO: UTI-02

SETOR: UTI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

380870 ANA BEATRIZ THOME DORIA

DESCRIÇÃO  
NOVASOURCE GC 1.5

OBSERVAÇÕES  
40ML/H POR SNE

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

NOME: ANTONIO CARLOS DE LIMA

ATENDIMENT: 4439306

NOME: ANTONIO CARLOS DE LIMA

CONV: SIH DATA NASC: 01/07/1945

LEITO: 614-A

SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

380818 RODRIGO CARREIRA GERALDE

DESCRIÇÃO  
FRESUBIN ENERGY

OBSERVAÇÕES

SE NAO HOVER BOA ACEITACAO DA DTE N

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

NOME: ANTONIO SIDERLEI BALISTA

ATENDIMENT: 4429258

NOME: ANTONIO SIDERLEI BALISTA

CONV: SIH DATA NASC: 01/08/1961

LEITO: 615-B

SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

381353 FRANZ ANDREI PATRIARCHA

DESCRIÇÃO  
FRESUBIN ENERGY

OBSERVAÇÕES  
40ML/H VIA SNE

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

NOME: ARLETE PEDRETTI OLIVEIRA

ATENDIMENT: 4450038

NOME: ARLETE PEDRETTI OLIVEIRA

CONV: SIH DATA NASC: 02/09/1958

LEITO: UTI-14

SETOR: UTI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

380043 RODRIGO CARREIRA GERALDE

DESCRIÇÃO  
NOVASOURCE GC 1.5

OBSERVAÇÕES  
20 ML/H SNE

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

NOME: DEBORA CRISTINA GIMENES SILVA

Impressão por: MAÍSA



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
COMISSÃO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R-Fritz Jacobs, 1236- São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



00907 - CENSO DIETAS

DATA - 25/11/2024 ate 25/11/2024 . PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N . CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO)-50001059,50000822,5000111[...]

ATENDIMENT: 4450294	NOME: GABRIEL DOS SANTOS MENDONÇA	CONV: SIH	DATA NASC: 15/04/2001	LEITO: 806-A	SETOR: UNI
<b>PRESCRIÇÃO MÉDICO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>OBSERVAÇÕES</b>		<b>PRESCRIÇÃO CANCELADA</b>	<b>MOTIVO CANCELAMENT</b>
381024	MIGUEL AUGUSTO RODRIGUES DEL PINO	FRESUBIN ENERGY		N	
		POR SNE 30 ML/H EM BI			
NOME: IRACEMA DE ALMEIDA CARVALHO					
ATENDIMENT: 4442060	NOME: IRACEMA DE ALMEIDA CARVALHO	CONV: SIH	DATA NASC: 24/05/1955	LEITO: 406-B	SETOR: UNI
<b>PRESCRIÇÃO MÉDICO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>OBSERVAÇÕES</b>		<b>PRESCRIÇÃO CANCELADA</b>	<b>MOTIVO CANCELAMENT</b>
380873	APARECIDO PEREIRA NETO	NOVASOURCE GC 1.5		N	
		POR SNE A 40 ML/H CONTINUO.			
NOME: IRACEMA PERINI ULIAN					
ATENDIMENT: 4449523	NOME: IRACEMA PERINI ULIAN	CONV: SIH	DATA NASC: 01/10/1936	LEITO: 601-A	SETOR: UNI
<b>PRESCRIÇÃO MÉDICO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>OBSERVAÇÕES</b>		<b>PRESCRIÇÃO CANCELADA</b>	<b>MOTIVO CANCELAMENT</b>
380815	ESTER CRISTINA DE ALMEIDA ZEITONI	DIETA ENTERAL		N	
NOME: IRENE FERREIRA BIANCHI					
ATENDIMENT: 4444502	NOME: IRENE FERREIRA BIANCHI	CONV: SIH	DATA NASC: 29/07/1942	LEITO: 606-B	SETOR: UNI
<b>PRESCRIÇÃO MÉDICO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>OBSERVAÇÕES</b>		<b>PRESCRIÇÃO CANCELADA</b>	<b>MOTIVO CANCELAMENT</b>
381018	MARIANNA BUCHALLA BARBAR CURY	NOVASOURCE GC 1.5		N	
		45 ML/H			
NOME: IRMA ANTONINO CAMILLO					
ATENDIMENT: 4446131	NOME: IRMA ANTONINO CAMILLO	CONV: SIH	DATA NASC: 08/09/1941	LEITO: 910-B	SETOR: UNI
<b>PRESCRIÇÃO MÉDICO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>OBSERVAÇÕES</b>		<b>PRESCRIÇÃO CANCELADA</b>	<b>MOTIVO CANCELAMENT</b>
380931	APARECIDO PEREIRA NETO	FRESUBIN ENERGY		N	
		40 ML/H SNE 6X/DIA			
NOME: IUSMA ALVES DE SOUZA GOMES					
ATENDIMENT: 4443734	NOME: IUSMA ALVES DE SOUZA GOMES	CONV: SIH	DATA NASC: 25/06/1969	LEITO: 406-B	SETOR: UNI

Impresso por MAISA



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



00907 - CENSO DIETAS

DATA : 25/11/2024 ate 25/11/2024 . PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N . CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO): 50001059, 50000822, 50001111

NOME : LUIZ AMADEU ROMAGNOLI

NOME : LUIZ AMADEU ROMAGNOLI

CONV: SIH DATA NASC: 13/03/1967

LEITO: UTI-01

SETOR: UTI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

ANA BEATRIZ THOME DORIA

DESCRIÇÃO

FRESUBIN ENERGY

OBSERVAÇÕES

40 ML/H SNE

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENTO

NOME : LUZIA LOPES

NOME : LUZIA LOPES

CONV: SIH DATA NASC: 01/05/1951

LEITO: UTI-04

SETOR: UTI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

ANA BEATRIZ THOME DORIA

DESCRIÇÃO

NOVASOURCE GC 1.5

OBSERVAÇÕES

40 ML/H SNE

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENTO

NOME : MARCELO SUITER

NOME : MARCELO SUITER

CONV: SIH DATA NASC: 28/10/1966

LEITO: UTI-10

SETOR: UTI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

RODRIGO CARREIRA GERALDE

DESCRIÇÃO

FRESUBIN ENERGY

OBSERVAÇÕES

40 ML/H SNE

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENTO

NOME : MARIA APARECIDA DOS ANJOS

NOME : MARIA APARECIDA DOS ANJOS

CONV: SIH DATA NASC: 03/01/1964

LEITO: 617-B

SETOR: UMI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

EMANUEL PEDRO DE CARVALHO TAVIYR

DESCRIÇÃO

FRESUBIN ENERGY

OBSERVAÇÕES

40 ML/H POR SNE

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENTO

NOME : MARIA APARECIDA DOS SANTOS FARIA

NOME : MARIA APARECIDA DOS SANTOS FARIA

CONV: SIH DATA NASC: 17/11/1961

LEITO: UTI20

SETOR: UTI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

MIGUEL AUGUSTO RODRIGUES DEL PINO

DESCRIÇÃO

NOVASOURCE GC 1.5

OBSERVAÇÕES

POR SNE 40 ML/H EM BI

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENTO

NOME : MARIA APARECIDA SGANZERLA RUIZ

Impresso por MAISSA



**SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO**  
COMPARTEILHO COM A QUALIDADE HOSPITALAR



R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500

00907 - CENSO DIETAS  
 DATA - 25/11/2024 ate 25/11/2024 . PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N , CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO)-50001059,50000822,50001111. ]

PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRICÃO OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT  
 388866 RODRIGO CARREIRA GERALDE FRESUBIN ENERGY 40 ML/H SNE N  
 NOME: RUBENS JOSE DE SOUZA

ATENDIMENT: 4437148 NOME: RUBENS JOSE DE SOUZA CONV: SIH DATA NASC: 03/02/1951 LETITO: 609-B SETOR: UNI  
 PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRICÃO OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT  
 380788 SERGIO PAPARELLI JUNIOR FRESUBIN ENERGY 40 ML/H SNE N  
 NOME: SANTA DE OLIVEIRA FERREIRA

ATENDIMENT: 4447408 NOME: SANTA DE OLIVEIRA FERREIRA CONV: UC8HPM DATA NASC: 01/11/1944 LETITO: 2003-A SETOR: SUJ  
 PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRICÃO OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT  
 380987 MIGUEL AUGUSTO RODRIGUES DEL PINO NOVASOURCE GC 1.5 POE SNE 30 ML/H EM BI N  
 NOME: SILVIA ALVES BORGES DE SOUSA

ATENDIMENT: 4427253 NOME: SILVIA ALVES BORGES DE SOUSA CONV: SIH DATA NASC: 06/06/1986 LETITO: UT114 SETOR: UTI  
 PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRICÃO OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT  
 380928 MIGUEL AUGUSTO RODRIGUES DEL PINO NOVASOURCE GC 1.5 POE SNE 30 ML/H EM BI N  
 NOME: SUZETE DA SILVA ALVES PINHEIRO

ATENDIMENT: 4444467 NOME: SUZETE DA SILVA ALVES PINHEIRO CONV: SIH DATA NASC: 25/10/1963 LETITO: UT116 SETOR: UTI  
 PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRICÃO OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT  
 380968 MIGUEL AUGUSTO RODRIGUES DEL PINO NOVASOURCE GC 1.5 POE SNE 30 ML/H EM BI N

Impresso por: MATISA



### Ficha de Avaliação e Evolução em Terapia Nutricional

SANTA CASA RIO PRETO		SENHA
Nom:	IRACEMA PERINI ULIAN	
Data	Mãe: LUCIA BRAGANTIM	Sexo: Quarto - Leito: 904-B
Médi	Nome Social: 4449523	
	Méd. ESTER ZEITUNI	Nasc: 01/10/1936 Id: 88
Data	Conv. SIH - SUS INTERNACAO	Sexo: F Leito: 601-A
	DI. At.: 22/11/24 Hora: 12:42 Pront. 728516 INTERNACAO	Convênio: SUS
Hipótese Diagnóstico/Antecedentes: <i>Demência / Úlcera infectada / HAS</i>		

Avaliação Nutricional	Data: <i>20/11/24</i>	
Condição Física	<input type="checkbox"/> Deambula	<input checked="" type="checkbox"/> Acamado(a)
Dieta Via Oral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Dieta: _____
Complemento Nutricional Oral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Complemento: _____
Dieta Enteral	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Dieta: <i>Amesulin Energy</i> Volume: <i>200ml 6x/dia</i>
Complemento Nutricional Enteral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Complemento: _____
Alergia ou intolerância alimentar	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
Alteração Apetite	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Disfagia	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
Vômitos	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
Evacuação	<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Obstipação
Lado Medido	<input type="checkbox"/> Direito	<input checked="" type="checkbox"/> Esquerdo <i>Normal</i>
Altura do joelho (AJ)	<i>52 cm</i>	
Circunferência da Panturrilha (CP)	<i>28 cm</i>	
Circunferência do Braço (CB)	<i>26 cm</i>	
Dobra Cutânea Tricipital (PCT)		
Peso Habitual		
Estatura	<input checked="" type="checkbox"/> Estimada	<input type="checkbox"/> Mensurada
Peso Atual	<input checked="" type="checkbox"/> Estimada	<input type="checkbox"/> Mensurada
IMC	<i>66 Kg</i> <i>26 Kg/m<sup>2</sup></i>	
Peso Ideal		
% de Perda de Peso		
Diagnóstico Nutricional	<i>Risco Nutricional</i>	
Necessidade Energética Total	<i>1.900 Kcal</i>	
Necessidade Proteica Total	<i>99g</i>	



### Ficha de Avaliação e Evolução em Terapia Nutricional

Nome:	SANTA CASA RIO PRETO ANA LUCIA MIRANDA DA SILVA	SENHA
Data:	Mãe: MARIA JACOBASSO DA SILVA Nome Social: 4451948	Sexo: Quarto - Leito: 601-B
Médi:	MédSERGIO PAPARELI JUNI Conv.SIH - SUS INTERNACAO	Nasc06/08/1973 Id: 51 Sexo: F Leito401-B
Data:	Dt.At.: 26/11/24 Hora01:34 Pront.973603 INTERNACAO	Convênio: SUS
Hipótese Diagnóstico/Antecedentes: <i>YCK repetida na 3ª série T-DM aspirativa / crise convulsiva / Epilepsia</i>		

Avaliação Nutricional	Data: 26/11/24	
Condição Física	<input type="checkbox"/> Deambula	<input checked="" type="checkbox"/> Acamado(a)
Dieta Via Oral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Dieta: _____
Complemento Nutricional Oral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Complemento: _____
Dieta Enteral	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Dieta: <i>Amesulín Energy</i> Volume: <i>30 ml/h</i>
Complemento Nutricional Enteral	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Complemento: <i>Lactuca 20g/1x/dia</i>
Alergia ou intolerância alimentar	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Qual: _____
Alteração Apetite	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Disfagia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Vômitos	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Evacuação	<input type="checkbox"/> Diarreia <input checked="" type="checkbox"/> Obstipação	
Lado Medido	<input type="checkbox"/> Direito <input type="checkbox"/> Esquerdo	
Altura do joelho (AJ)		
Circunferência da Panturrilha (CP)		
Circunferência do Braço (CB)		
Dobra Cutânea Tricipital (PCT)		
Peso Habitual		
Estatura	<input type="checkbox"/> Estimada <input checked="" type="checkbox"/> Mensurada	<i>1,50m</i>
Peso Atual	<input type="checkbox"/> Estimada <input checked="" type="checkbox"/> Mensurada	<i>40kg</i>
IMC		<i>18kg/m²</i>
Peso Ideal		
% de Perda de Peso		
Diagnóstico Nutricional	<i>Risco Nutricional</i>	
Necessidade Energética Total	<i>1.600 Kcal</i>	
Necessidade Proteica Total	<i>60g</i>	



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



00907 - CENSO DIETAS

DATA - 26/11/2024 até 26/11/2024 . PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N. CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO): 50001059,500000822,5000111[...]

NOME : ADEBORA MASSUIA DEROCO

ATENDIMENT : 4447447

NOME : ADEBORA MASSUIA DEROCO

CONV: SIH DATA NASC: 25/01/1941

LEITO: 603-A

SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

CARLA MARIA RODRIGUES DE CARVALHO

DESCRIÇÃO

OBSERVAÇÕES

PARA DIABÉTICO - CORRER DIETA LENT N

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

NOME : ANA LUCIA MIRANDA DA SILVA

ATENDIMENT : 4451948

NOME : ANA LUCIA MIRANDA DA SILVA

CONV: SIH DATA NASC: 06/08/1973

LEITO: 401-B

SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

VINICIUS MAMO SANCHES

DESCRIÇÃO

OBSERVAÇÕES

POR SNE 30 ML/H EM BI

FRESUBIN ENERGY

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

381641 ANA RACHEL DE OLIVEIRA VERMEJO

FRESUBIN ENERGY

FRESUBIN ENERGY

20 ML/H SNE

- SNE ABERTA EM DRENAG N

N

N

382056 LUCIANA MANSUR PINTO BORGES

FRESUBIN ENERGY

FRESUBIN ENERGY

20 ML/H SNE

N

N

N

NOME : ANTONIO CARLOS DA SILVA

ATENDIMENT : 4442347

NOME : ANTONIO CARLOS DA SILVA

CONV: SIH DATA NASC: 26/09/1952

LEITO: UTI-02

SETOR: UTI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

LUCIANA MANSUR PINTO BORGES

DESCRIÇÃO

OBSERVAÇÕES

40ML/H POR SNE

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

381922 LUCIANA MANSUR PINTO BORGES

NOVASOURCE GC 1.5

NOVASOURCE GC 1.5

40ML/H POR SNE

N

N

N

NOME : ANTONIO CARLOS DE LIMA

ATENDIMENT : 4439306

NOME : ANTONIO CARLOS DE LIMA

CONV: SIH DATA NASC: 01/07/1945

LEITO: 614-A

SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

ANA RACHEL DE OLIVEIRA VERMEJO

DESCRIÇÃO

OBSERVAÇÕES

SE NAO HOVER BOA ACEITACAO DA DIE N

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

NOME : ARLETE PEDETTI OLIVEIRA

ATENDIMENT : 4450038

NOME : ARLETE PEDETTI OLIVEIRA

CONV: SIH DATA NASC: 02/09/1958

LEITO: UTI-14

SETOR: UTI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

ANA RACHEL DE OLIVEIRA VERMEJO

DESCRIÇÃO

OBSERVAÇÕES

30 ML/H SNE

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

382083 ANA RACHEL DE OLIVEIRA VERMEJO

NOVASOURCE GC 1.5

NOVASOURCE GC 1.5

30 ML/H SNE

N

N

N

Impresso por: MALISA

LGPD: Relatório pode conter dados pessoais e/ou sensíveis, recomenda-se a destruição após o uso



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



00907 - CENSO DIETAS

DATA : 26/11/2024 ate 26/11/2024 . PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N . CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO): 50001059,50000822,50001111[...]

PRESCRIÇÃO	MEDICO	DESCRICO	OBSERVAÇÕES	CONV: SIH	DATA NASC:	LEITO:	MOTIVO CANCELAMENT	SETOR: UNI
NOME: IICLEA GOMES VERRO								
ATENDIMENT:	4450221	NOME: IICLEA GOMES VERRO	DIETA ENTERAL PADRONIZADA	CONV: SIH	DATA NASC: 30/03/1934	LEITO: 404-A	PRESCRICAO CANCELADA	SETOR: UNI
NOME: IRACEMA DE ALMEIDA CARVALHO								
ATENDIMENT:	4442060	NOME: IRACEMA DE ALMEIDA CARVALHO	NOVASOURCE GC 1.5	CONV: SIH	DATA NASC: 24/05/1955	LEITO: 406-B	PRESCRICAO CANCELADA	SETOR: UNI
NOME: IRACEMA PERINI ULIAN								
ATENDIMENT:	4449523	NOME: IRACEMA PERINI ULIAN	DIETA ENTERAL	CONV: SIH	DATA NASC: 01/10/1936	LEITO: 601-A	PRESCRICAO CANCELADA	SETOR: UNI
NOME: IRENE FERREIRA BIANCHI								
ATENDIMENT:	4444502	NOME: IRENE FERREIRA BIANCHI	NOVASOURCE GC 1.5	CONV: SIH	DATA NASC: 29/07/1942	LEITO: 606-B	PRESCRICAO CANCELADA	SETOR: UNI
NOME: IUSMA ALVES DE SOUZA GOMES								
ATENDIMENT:	4443724	NOME: IUSMA ALVES DE SOUZA GOMES	4S ML/H	CONV: SIH	DATA NASC: 25/06/1969	LEITO: 406-B	PRESCRICAO CANCELADA	SETOR: UNI
NOME: JENIFFER VITORIA DUARTE ACCARINI								
PRESCRICAO	MEDICO	DESCRICO	OBSERVAÇÕES	CONV: SIH	DATA NASC:	LEITO:	MOTIVO CANCELAMENT	SETOR: UNI
382494	FRANZ ANDREI PATRIARCHA	PEPTIMAX	40ML/H VIA SNE	N			PRESCRICAO CANCELADA	

Impresso por: MAISA

LCFD: Relatório pode conter dados pessoais e/ou sensíveis, recomenda-se a destruição após o uso



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



00907 - CENSO DIETAS

DATA - 26/11/2024 ate 26/11/2024 , PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N. CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVICOS)-50001059.500000822.5000111[...]

PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
381745	ESTER CRISTINA DE ALMEIDA ZEITONI	DIETA ENTERAL		N	
NOME: LELIS HENRIQUE MOREIRA DOS SANTOS					
ATENDIMENT:	4451895	NOME: LELIS HENRIQUE MOREIRA DOS SANTOS	CONV: SIH	DATA NASC: 09/07/2003	LEITO: 908-A
SETOR: UNI					
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
382560		DIETA ENTERAL PADRONIZADA		N	
NOME: LUIZ AMADEU ROMAGNOLI					
ATENDIMENT:	4443753	NOME: LUIZ AMADEU ROMAGNOLI	CONV: SIH	DATA NASC: 13/03/1967	LEITO: UTI-01
SETOR: UTI					
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
381896	LUCIANA MANSUR PINTO BORGES	FRESUBIN ENERGY	40 ML/H SNE	N	
NOME: LUIZIA LOPES					
ATENDIMENT:	4445585	NOME: LUIZIA LOPES	CONV: SIH	DATA NASC: 01/05/1951	LEITO: UTI-04
SETOR: UTI					
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
381947	LUCIANA MANSUR PINTO BORGES	NOVASOURCE GC 1.5		N	
NOME: MARCELO SUITER					
ATENDIMENT:	4444171	NOME: MARCELO SUITER	CONV: SIH	DATA NASC: 28/10/1966	LEITO: UTI-10
SETOR: UTI					
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
381937	ANA RACHEL DE OLIVEIRA VERMEJO	FRESUBIN ENERGY	40 ML/H SNE	N	
NOME: MARIA APARECIDA DOS ANJOS					
ATENDIMENT:	4431897	NOME: MARIA APARECIDA DOS ANJOS	CONV: SIH	DATA NASC: 03/01/1964	LEITO: 617-B
SETOR: UNI					
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
382160	EMANUEL PEDRO DE CARVALHO TAUYR	FRESUBIN ENERGY	40 ML/H POR SNE	N	

Impresso por: MARISA

LGPD: Relatório pode conter dados pessoais e/ou sensíveis, recomenda-se a destruição após o uso



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



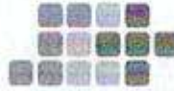
00907 - CENSO DIETAS

DATA - 26/11/2024 ate 26/11/2024 . PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N . CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO)-50001059,50000822,50001111..J

ATENDIMENT : 4447502	NOME : MILTON DA SILVA FIOCHI	CONV : SIH	DATA NASC : 23/03/1971	LEITO : UTI-05	SETOR : UTI
<b>PRESCRIÇÃO MÉDICO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>OBSERVAÇÕES</b>		<b>PRESCRIÇÃO CANCELADA</b>	<b>MOTIVO CANCELAMENTO</b>
382507	LUCIANA MANSUR PINTO BORGES	FRESUBIN ENERGY	20 ML/H SNE	N	
NOME : NEUSA APARECIDA MOLINA POLITO					
ATENDIMENT : 4448837	NOME : NEUSA APARECIDA MOLINA POLITO	CONV : SFCCO	DATA NASC : 09/10/1954	LEITO : UTI19	SETOR : UTI
<b>PRESCRIÇÃO MÉDICO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>OBSERVAÇÕES</b>		<b>PRESCRIÇÃO CANCELADA</b>	<b>MOTIVO CANCELAMENTO</b>
381891	MIGUEL AUGUSTO RODRIGUES DEL PINO	NOVASOURCE GC 1.5	POE SNE 30 ML/H EM BI	N	
NOME : ORLANDO ALONSO JUNIOR					
ATENDIMENT : 4450213	NOME : ORLANDO ALONSO JUNIOR	CONV : SIH	DATA NASC : 27/12/1953	LEITO : UTI-04	SETOR : UTI
<b>PRESCRIÇÃO MÉDICO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>OBSERVAÇÕES</b>		<b>PRESCRIÇÃO CANCELADA</b>	<b>MOTIVO CANCELAMENTO</b>
382532	LUCIANA MANSUR PINTO BORGES	NOVASOURCE GC 1.5	20 ML/H SNE	N	
NOME : OTAVIO ALVES GUIMARAES					
ATENDIMENT : 4440625	NOME : OTAVIO ALVES GUIMARAES	CONV : SIH	DATA NASC : 09/12/1962	LEITO : 803-A	SETOR : UNI
<b>PRESCRIÇÃO MÉDICO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>OBSERVAÇÕES</b>		<b>PRESCRIÇÃO CANCELADA</b>	<b>MOTIVO CANCELAMENTO</b>
382362	CARLA MARIA RODRIGUES DE CARVALHO	FRESUBIN ENERGY	40 ML/H SNE	N	
NOME : SANTA DE OLIVEIRA FERREIRA					
ATENDIMENT : 4447408	NOME : SANTA DE OLIVEIRA FERREIRA	CONV : UCBHPM	DATA NASC : 01/11/1944	LEITO : 2003-A	SETOR : SUI
<b>PRESCRIÇÃO MÉDICO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>OBSERVAÇÕES</b>		<b>PRESCRIÇÃO CANCELADA</b>	<b>MOTIVO CANCELAMENTO</b>
381875	MIGUEL AUGUSTO RODRIGUES DEL PINO	NOVASOURCE GC 1.5	POE SNE 30 ML/H EM BI	N	
NOME : SERGIO DONIZETTI SIMOES VICTORIO					
ATENDIMENT : 4451890	NOME : SERGIO DONIZETTI SIMOES VICTORIO	CONV : SIH	DATA NASC : 14/02/1967	LEITO : 908-B	SETOR : UNI

Impresso por MATISA

LGPD: Relatório pode conter dados pessoais e/ou sensíveis, recomenda-se a destruição após o uso



### Ficha de Avaliação e Evolução em Terapia Nutricional

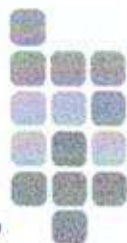
Nome	SANTA CASA RIO PRETO		SENHA
	SERGIO DONIZETI SIMOES VICTORIO		
Data	Mãe: LEONILDA MARIA VICTORIO		Sexo: Quarto - Leito: Emerg. SUS
	Nome Social: 4451890		Q102
Médico	Méd. GIULIANO ANCELMO BEN	Nasc: 14/02/1967 Id: 57	Convênio: SUS
	Conv. SIH - SUS INTERNACAO	Sexo: M Leito: 908-B	
Data	Di. At.: 25/11/24	Hora: 19:34	Pront. 1146575 INTERNACAO
Hipótese Diagnóstico/Antecedentes:	ROT Whipple e 1 fístula gástrica da linha de grança		
Avaliação Nutricional	Data: 27/11/24		
Condição Física	<input checked="" type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Acamado(a)		
Dieta Via Oral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Dieta: _____		
Complemento Nutricional Oral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Complemento: _____		
Dieta Enteral	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Dieta: <u>Enterulin Energy</u> Volume: <u>1.500 ml/dia</u>		
Complemento Nutricional Enteral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Complemento: _____		
Alergia ou intolerância alimentar	Qual: _____ <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		
Alteração Apetite	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		
Disfagia	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		
Vômitos	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		
Evacuação	<input type="checkbox"/> Diarreia <input checked="" type="checkbox"/> Obstipação		
Lado Medido	<input type="checkbox"/> Direito <input checked="" type="checkbox"/> Esquerdo <u>Normal</u>		
Altura do joelho (AJ)			
Circunferência da Panturrilha (CP)			
Circunferência do Braço (CB)			
Dobra Cutânea Tricipital (PCT)			
Peso Habitual			
Estatura	<input type="checkbox"/> Estimada <input checked="" type="checkbox"/> Mensurada		
Peso Atual	<input type="checkbox"/> Estimada <input checked="" type="checkbox"/> Mensurada		
IMC	1.67 m 62 kg 22 kg/m <sup>2</sup>		
Peso Ideal			
% de Perda de Peso			
Diagnóstico Nutricional	Risco Nutricional		
Necessidade Energética Total	1.860 Kcal		
Necessidade Proteica Total	93g		



## Ficha de Avaliação e Evolução em Terapia Nutricional

Nome	SANTA CASA RIO PRETO		SENHA	
	ICLEA GOMES VERRO			
Data	Mãe: ARACI DE LIMA CASTRO			Sexo:      Quarto - Leito: 404-A
	Nome Social:	4450221		
Médic	Méd. ESTER ZEITUNI	Nasc: 30/03/1934	Id: 90	
	Conv. SIH - SUS INTERNACAO	Sexo: F	Leito: 404-A	
Data	Dt. At.: 23/11/24	Hora: 17:39	Pront. 94743	Convênio: SUS
Hipótese Diagnóstico/Antecedentes: HOA?				

Avaliação Nutricional	Data: 23/11/24
Condição Física	( ) Deambula      (X) Acamado(a)
Dieta Via Oral	( ) Sim    (X) Não    Dieta: _____
Complemento Nutricional Oral	( ) Sim    (X) Não    Complemento: _____
Dieta Enteral	(X) Sim    ( ) Não    Dieta: <u>Formula Energica</u> Volume: _____
Complemento Nutricional Enteral	( ) Sim    (X) Não    Complemento: _____
Alergia ou intolerância alimentar	( ) Sim      (X) Não
Qual: _____	
Alteração Apetite	(X) Sim      ( ) Não
Disfagia	( ) Sim      (X) Não
Vômitos	( ) Sim      (X) Não
Evacuação	( ) Diarreia      ( ) Obstipação
Lado Medido	( ) Direito      ( ) Esquerdo
	<u>Normal</u>
Altura do joelho (AJ)	
Circunferência da Panturrilha (CP)	
Circunferência do Braço (CB)	
Dobra Cutânea Tricipital (PCT)	
Peso Habitual	
Estatura	( ) Estimada      (X) Mensurada
Peso Atual	( ) Estimada      (X) Mensurada
IMC	<u>1.60m</u> <u>40kg</u> <u>16 kg/m<sup>2</sup></u>
Peso Ideal	
% de Perda de Peso	
Diagnóstico Nutricional	<u>Demulção</u>
Necessidade Energética Total	<u>1.600kcal</u>
Necessidade Proteica Total	<u>80g</u>



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



00907 - CENSO DIETAS  
DATA - 27/11/2024 ate 27/11/2024 . PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N. CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO): 50001059, 50000822, 5000111[...]

NOME: ADEBORA MASSUIA DEROCO

ATENDIMENT: 4447447

NOME: ADEBORA MASSUIA DEROCO

CONV: SIH DATA NASC: 25/01/1941

LEITO: 603-A

SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

DESCRIÇÃO

OBSERVAÇÕES

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

382643 CARLA MARIA RODRIGUES DE CARVALHO

DIETA ENTERAL

PARA DIABETICO - CORRER DIETA LENT N

NOME: ANA LUCIA MIRANDA DA SILVA

ATENDIMENT: 4451948

NOME: ANA LUCIA MIRANDA DA SILVA

CONV: SIH DATA NASC: 06/08/1973

LEITO: 401-B

SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

DESCRIÇÃO

OBSERVAÇÕES

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

382925 APARECIDO PEREIRA NETO

FRESUBIN ENERGY

20 ML/H SNE

N

NOME: ANTONIO CARLOS DA SILVA

ATENDIMENT: 4442347

NOME: ANTONIO CARLOS DA SILVA

CONV: SIH DATA NASC: 26/09/1952

LEITO: UTI-02

SETOR: UTI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

DESCRIÇÃO

OBSERVAÇÕES

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

382853 APARECIDO PEREIRA NETO

NOVASOURCE GC 1.5

40ML/H POR SNE

N

NOME: ANTONIO CARLOS DE LIMA

ATENDIMENT: 4439306

NOME: ANTONIO CARLOS DE LIMA

CONV: SIH DATA NASC: 01/07/1945

LEITO: 614-A

SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

DESCRIÇÃO

OBSERVAÇÕES

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

382922 LUCIANA MANSUR PINTO BORGES

FRESUBIN ENERGY

SE NAO HOVER BOA ACETTACAO DA DIE N

NOME: ARLETE PEDRETTI OLIVEIRA

ATENDIMENT: 4450038

NOME: ARLETE PEDRETTI OLIVEIRA

CONV: SIH DATA NASC: 02/09/1958

LEITO: UTI-14

SETOR: UTI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

DESCRIÇÃO

OBSERVAÇÕES

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

382904 LUCIANA MANSUR PINTO BORGES

NOVASOURCE GC 1.5

40 ML/H SNE

N

NOME: DEBORA CRISTINA GIMENES SILVA

Impresso por: MAFISA



**SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO**  
COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



00907 - CENSO DIETAS  
DATA - 27/11/2024 ate 27/11/2024 . PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N. CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO)-50001059.50000822.50001111. ]

ATENDIMENT: 4450221	NOME: ICLEA GOMES VERRO	CONV: SIH	DATA NASC: 30/03/1934	LEITO: 404-A	SETOR: UNI
<b>PRESCRIÇÃO MÉDICO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>OBSERVAÇÕES</b>	<b>PRESCRIÇÃO CANCELADA</b>	<b>MOTIVO CANCELAMENTO</b>	
382756	ESTER CRISTINA DE ALMEIDA ZEITUNI	DIETA ENTERAL PADRONIZADA	N		
NOME: IRACEMA DE ALMEIDA CARVALHO					
ATENDIMENT: 4442060	NOME: IRACEMA DE ALMEIDA CARVALHO	CONV: SIH	DATA NASC: 24/05/1955	LEITO: 406-B	SETOR: UNI
<b>PRESCRIÇÃO MÉDICO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>OBSERVAÇÕES</b>	<b>PRESCRIÇÃO CANCELADA</b>	<b>MOTIVO CANCELAMENTO</b>	
382849	EDUARDO MAYRHOFFER SARGI	NOVASOURCE GC 1.5	N		
NOME: IRENE FERREIRA BIANCHI					
ATENDIMENT: 4444502	NOME: IRENE FERREIRA BIANCHI	CONV: SIH	DATA NASC: 29/07/1942	LEITO: 606-B	SETOR: UNI
<b>PRESCRIÇÃO MÉDICO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>OBSERVAÇÕES</b>	<b>PRESCRIÇÃO CANCELADA</b>	<b>MOTIVO CANCELAMENTO</b>	
382982	MARIANNA BUCHALLA BARBAR CURY	NOVASOURCE GC 1.5	N		
NOME: IUSMA ALVES DE SOUZA GOMES					
ATENDIMENT: 4443734	NOME: IUSMA ALVES DE SOUZA GOMES	CONV: SIH	DATA NASC: 25/06/1969	LEITO: 406-B	SETOR: UNI
<b>PRESCRIÇÃO MÉDICO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>OBSERVAÇÕES</b>	<b>PRESCRIÇÃO CANCELADA</b>	<b>MOTIVO CANCELAMENTO</b>	
383127	FRANZ ANDREI PATRIARCHA	PEPTIMAX	N		
NOME: IZABEL MARIA JORGE TEIXEIRA RAMOS					
ATENDIMENT: 4447363	NOME: IZABEL MARIA JORGE TEIXEIRA RAMOS	CONV: SIH	DATA NASC: 02/02/1946	LEITO: FEM94	SETOR: ENF
<b>PRESCRIÇÃO MÉDICO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>OBSERVAÇÕES</b>	<b>PRESCRIÇÃO CANCELADA</b>	<b>MOTIVO CANCELAMENTO</b>	
382672		DIETA ENTERAL PADRONIZADA	N		
NOME: JENIFFER VITORIA DUARTE ACCARINI					
ATENDIMENT: 4443835	NOME: JENIFFER VITORIA DUARTE ACCARINI	CONV: SIH	DATA NASC: 18/09/2000	LEITO: 618-B	SETOR: UNI

Impresso por: MAISA



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



00907 - CENSO DIETAS

DATA - 27/11/2024 ate 27/11/2024 . PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N . CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO)-50001059,500008222,50001111..J

NOME : JOAQUIM HENRIQUE DE PAULA

ATENDIMENT : 4458014 NOME : JOAQUIM HENRIQUE DE PAULA

CONV: SIH DATA NASC: 21/04/1953

LEITO: UTI-12

SETOR: UTI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

DESCRIÇÃO

OBSERVAÇÕES

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

382872 LUCIANA MANSUR PINTO BORGES

FRESUBIN ENERGY

40 ML/H SNE

N

NOME : JOSE JOAQUIM DA SILVA

ATENDIMENT : 4447686

NOME : JOSE JOAQUIM DA SILVA

CONV: SIH DATA NASC: 25/03/1939

LEITO: UTI-S7

SETOR: OBS

PRESCRIÇÃO MÉDICO

DESCRIÇÃO

OBSERVAÇÕES

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

382634 FABIO SVETLIC

NOVASOURCE GC 1.5

N

NOME : LEIA SILVA MARIA ALVES DE SOUZA

ATENDIMENT : 4449888

NOME : LEIA SILVA MARIA ALVES DE SOUZA

CONV: SIH DATA NASC: 09/06/1956

LEITO: 601-B

SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

DESCRIÇÃO

OBSERVAÇÕES

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

382781 ESTER CRISTINA DE ALMEIDA ZEITUNI

DIETA ENTERAL

N

NOME : LELIS HENRIQUE MOREIRA DOS SANTOS

ATENDIMENT : 4451895

NOME : LELIS HENRIQUE MOREIRA DOS SANTOS

CONV: SIH DATA NASC: 09/07/2003

LEITO: 908-A

SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

DESCRIÇÃO

OBSERVAÇÕES

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

382683

DIETA ENTERAL

N

NOME : LUIZ AMADEU ROMAGNOLI

ATENDIMENT : 4443753

NOME : LUIZ AMADEU ROMAGNOLI

CONV: SIH DATA NASC: 13/03/1967

LEITO: UTI-01

SETOR: UTI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

DESCRIÇÃO

OBSERVAÇÕES

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

382809 APARECIDO PEREIRA NETO

FRESUBIN ENERGY

40 ML/H SNE

N

NOME : MARCELO SUTTER

Impressão por: MARISA

LGPD: Relatório pode conter dados pessoais e/ou sensíveis, recomenda-se a destruição após o uso.



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

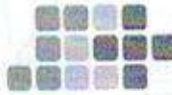


R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500

00907 - CENSO DIETAS  
DATA - 27/11/2024 ate 27/11/2024 . PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N . CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO)-50001059,50000822,50001111.]

PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENTO
382708	SERGIO PAPARELI JUNIOR	NOVASOURCE GC 1.5	40 ML/H SNE	N	
NOME: MERCI LOURENCO SIQUEIRA					
ATENDIMENT: 4447665 NOME: MERCI LOURENCO SIQUEIRA					
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENTO
382791	MIGUEL AUGUSTO RODRIGUES DEL PINO	NOVASOURCE GC 1.5	POE SNE 40 ML/H EM BI	N	
NOME: MILTON DA SILVA FIOCHI					
ATENDIMENT: 4447502 NOME: MILTON DA SILVA FIOCHI					
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENTO
382899	APARECIDO PEREIRA NETO	FRESUBIN ENERGY	40 ML/H SNE	N	
NOME: NELSON GONCALVES					
ATENDIMENT: 4453100 NOME: NELSON GONCALVES					
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENTO
383081		DIETA ENTERAL PADRONIZADA		N	
NOME: NEUSA APARECIDA MOLINA POLITO					
ATENDIMENT: 4448837 NOME: NEUSA APARECIDA MOLINA POLITO					
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENTO
382882	MIGUEL AUGUSTO RODRIGUES DEL PINO	NOVASOURCE GC 1.5	POE SNE 30 ML/H EM BI	N	
NOME: OTAVIO ALVES GUIMARAES					
ATENDIMENT: 4440625 NOME: OTAVIO ALVES GUIMARAES					
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENTO

Impresso por NAJISA



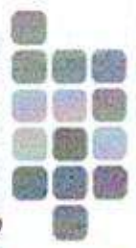
## Ficha de Avaliação e Evolução em Terapia Nutricional

Nome	SANTA CASA RIO PRETO		SENHA
Nome Social:	ARLETE PEDRETTI OLIVEIRA		
Mãe:	LAUDELINA DE FREITAS PEDRETTI		
Nome Social:	4450038	Sexo:	Quarto - Leito: 007-A
Médico	MÉDIEGO STEFANI BIZINO	Nasc: 02/09/1958	
Conv. SIH - SUS INTERNACAO	Sexo: F	Leito: 007-A	
Data C	Dt. At.: 22/11/24	Hora: 23:39	Pront. 946428 INTERNACAO
Hipótese Diagnóstico/Antecedentes:		Insuficiência aguda respiratória PPOC exacerbada / Imunohia	
Avaliação Nutricional	Data: 02/12/24		
Condição Física	<input type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Acamado(a)		
Dieta Via Oral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Dieta: _____		
Complemento Nutricional Oral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Complemento: _____		
Dieta Enteral	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Dieta: <u>Nutrisource 601.5</u> Volume: <u>60ml/h</u>		
Complemento Nutricional Enteral	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Complemento: <u>Inatexa 30g/1x/dia</u>		
Alergia ou intolerância alimentar	Qual: _____ <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		
Alteração Apetite	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Disfagia	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		
Vômitos	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		
Evacuação	<input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Obstipação		
Lado Medido	<input type="checkbox"/> Direito <input checked="" type="checkbox"/> Esquerdo <u>Normal</u>		
Altura do Joelho (AJ)			
Circunferência da Panturrilha (CP)			
Circunferência do Braço (CB)			
Dobra Cutânea Tricipital (PCT)			
Peso Habitual			
Estatura	<input type="checkbox"/> Estimada <input checked="" type="checkbox"/> Mensurada <u>1.58m</u>		
Peso Atual	<input type="checkbox"/> Estimada <input checked="" type="checkbox"/> Mensurada <u>55 Kg</u>		
IMC	<u>22 Kg/m<sup>2</sup></u>		
Peso Ideal			
% de Perda de Peso			
Diagnóstico Nutricional	<u>Risco Nutricional</u>		
Necessidade Energética Total	<u>1.925 Kcal</u>		
Necessidade Proteica Total	<u>83g</u>		



### Ficha de Avaliação e Evolução em Terapia Nutricional

Nome:	SANTA CASA RIO PRETO	SENHA	
Mãe:	ADEBORA MASSUIA DEROCO		
Data de Nascimento:	ALICE DOS SANTOS MASSUIA		
Nome Social:		4447447	
Médico:	Méd. CARLA M RODRIGUES	Nasc: 25/01/1941 Id: 84	Sexo: Quarto - Leito: 603-A
Convênio:	SIH - SUS INTERNACAO	Sexo: F Leito: 603-A	
Data de Admissão:	20/11/24	Hora: 07:02	Pront. 997239 INTERNACAO
Hipótese Diagnóstico/Antecedentes:	Pte. neg. vascular temporária com mac. alta força MI + isquemia		
Avaliação Nutricional	Data: 02/12/24		
Condição Física	<input type="checkbox"/> Deambula <input checked="" type="checkbox"/> Acamado(a)		
Dieta Via Oral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Dieta: _____		
Complemento Nutricional Oral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Complemento: _____		
Dieta Enteral	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Dieta: <u>Neovomone GCL 5</u> Volume: <u>200ml 6x/dia</u>		
Complemento Nutricional Enteral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Complemento: _____		
Alergia ou intolerância alimentar	Qual: _____ <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		
Alteração Apetite	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		
Disfagia	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		
Vômitos	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		
Evacuação	<input type="checkbox"/> Diarreia <input checked="" type="checkbox"/> Obstipação		
Lado Medido	<input type="checkbox"/> Direito <input type="checkbox"/> Esquerdo		
Altura do Joelho (AJ)			
Circunferência da Panturrilha (CP)			
Circunferência do Braço (CB)			
Dobra Cutânea Tricipital (PCT)			
Peso Habitual			
Estatura	<input type="checkbox"/> Estimada <input checked="" type="checkbox"/> Mensurada		
Peso Atual	<input type="checkbox"/> Estimada <input checked="" type="checkbox"/> Mensurada		
IMC	1,61m 65Kg 25 Kg/m <sup>2</sup>		
Peso Ideal			
% de Perda de Peso			
Diagnóstico Nutricional	Risco Nutricional		
Necessidade Energética Total	1.950 Kcal		
Necessidade Proteica Total	90g		



**SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO**  
CORPORATIVO COM A QUALIDADE HOSPITALAR



R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500

00907 - CENSO DIETAS

DATA: 02/12/2024 ate 02/12/2024. PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N. CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO)-50001099,50000822,5000194[...]  
CODIGO DO SETOR (CENTRO DE CUSTO) PREDOMINANTE-000198,000004,000188,0001[...]

**NOME: ADEBORA MASSUIA DEROCO**

ATENDIMENT: 4447447 **NOME: ADEBORA MASSUIA DEROCO** CONV: SIH DATA NASC: 25/01/1941 **LEITO: 603-A** SETOR: UNI

**PRESCRIÇÃO MÉDICO** DESCRIÇÃO DIETA ENTERAL **OBSERVAÇÕES** PARA DIABETICO - CORRER DIETA LENT N **PRESCRIÇÃO CANCELADA** MOTIVO CANCELAMENT

**NOME: ANTONIO CARLOS DE LIMA**

ATENDIMENT: 4439306 **NOME: ANTONIO CARLOS DE LIMA** CONV: SIH DATA NASC: 01/07/1945 **LEITO: 614-B** SETOR: UNI

**PRESCRIÇÃO MÉDICO** ANA BEATRIZ THOME DORIA **DESCRIÇÃO** FRESUBIN ENERGY **OBSERVAÇÕES** SE NAO HOIVER BOA ACEITACAO DA DIE N **PRESCRIÇÃO CANCELADA** MOTIVO CANCELAMENT

**NOME: ARLETE PEDRETTI OLIVEIRA**

ATENDIMENT: 4450038 **NOME: ARLETE PEDRETTI OLIVEIRA** CONV: SIH DATA NASC: 02/09/1958 **LEITO: 807-A** SETOR: UNI

**PRESCRIÇÃO MÉDICO** ANA BEATRIZ THOME DORIA **DESCRIÇÃO** NOVASOURCE GC 1.5 **OBSERVAÇÕES** 40 ML/H SNE **PRESCRIÇÃO CANCELADA** MOTIVO CANCELAMENT

**NOME: ELIANA APARECIDA MARQUES DOS SANTOS**

ATENDIMENT: 4440155 **NOME: ELIANA APARECIDA MARQUES DOS SANTOS** CONV: SIH DATA NASC: 25/03/1957 **LEITO: 910-A** SETOR: UNI

**PRESCRIÇÃO MÉDICO** EMANUEL PEDRO DE CARVALHO TAUYR **DESCRIÇÃO** NOVASOURCE GC 1.5 **OBSERVAÇÕES** POE SNE 30 ML/H EM BI **PRESCRIÇÃO CANCELADA** MOTIVO CANCELAMENT

**NOME: ELISABETE RODRIGUES**

ATENDIMENT: 4442031 **NOME: ELISABETE RODRIGUES** CONV: SIH DATA NASC: 06/12/1957 **LEITO: 603-B** SETOR: UNI

**PRESCRIÇÃO MÉDICO** **DESCRIÇÃO** NOVASOURCE GC 1.5 **OBSERVAÇÕES** 40 ML SNE **PRESCRIÇÃO CANCELADA** MOTIVO CANCELAMENT

**NOME: TRACEMA DE ALMEIDA CARVALHO**

Impresso por: MAISA



**SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO**  
CORPORATIVO COM A QUALIDADE HOSPITALAR



R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500

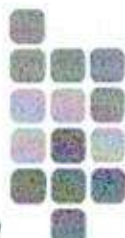
00907 - CENSO DIETAS

DATA - 02/12/2024 ate 02/12/2024, PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N, CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO): 50001059,50000822,5000194[...]  
CODIGO DO SETOR (CENTRO DE CUSTO) PREDOMINANTE: 000198,000004,000188,0001[...]

PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO	CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENTO
386661	ESTER CRISTINA DE ALMEIDA ZEITUNI	DIETA ENTERAL PADRONIZADA		N		
NOME: MARIA APARECIDA DOS SANTOS FARIA						
ATENDIMENT:	4447303	NOME: MARIA APARECIDA DOS SANTOS FARIA	CONV: SIH	DATA NASC: 17/11/1961	LEITO: 619-A	SETOR: UNI
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO	CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENTO
387803	MIGUEL AUGUSTO RODRIGUES DEL PINO	NOVASOURCE GC 1.5	POR SNE 40 ML/H EM BI	N		
NOME: MARLI APARECIDA DE OLIVEIRA GIMENES						
ATENDIMENT:	4447645	NOME: MARLI APARECIDA DE OLIVEIRA GIMENES	CONV: SIH	DATA NASC: 02/03/1959	LEITO: 487-A	SETOR: UNI
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO	CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENTO
386773		DIETA ENTERAL	TROPICA	N		
NOME: MILTON DA SILVA FIOCHI						
ATENDIMENT:	4447502	NOME: MILTON DA SILVA FIOCHI	CONV: SIH	DATA NASC: 23/03/1971	LEITO: 609-B	SETOR: UNI
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO	CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENTO
386896	LUCIANA MANSUR PINTO BORGES	FRESUBIN ENERGY	20 ML/H SNE - SUSPENSO ATE 2A ORDE N	N		
NOME: OTAVIO ALVES GUIMARAES						
ATENDIMENT:	4448625	NOME: OTAVIO ALVES GUIMARAES	CONV: SIH	DATA NASC: 09/12/1962	LEITO: 803-A	SETOR: UNI
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO	CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENTO
386700	CARLOS ADRIANO SEVERINO DA SILVA	FRESUBIN ENERGY	40 ML/H SNE	N		
NOME: PERCIVAL OMOTE						
ATENDIMENT:	4453266	NOME: PERCIVAL OMOTE	CONV: SIH	DATA NASC: 14/07/1969	LEITO: 616-B	SETOR: UNI
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO	CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENTO

Impresso por: MAISA

L.G.P.D. - Relatório pode conter dados pessoais e/ou sensíveis; recomenda-se a destruição após o uso.



**SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO**  
CORPORATIVO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



00907 - CENSO DIETAS

DATA - 02/12/2024 ate 02/12/2024 . PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N . CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO)-50001059;50000822;5000194[...]  
CODIGO DO SETOR (CENTRO DE CUSTO) PREDOMINANTE-000198;000004;000188;0001[...]

386935 MIGUEL AUGUSTO RODRIGUES DEL PINO NOVASOURCE GC 1.5 POE SNE 30 ML/H EM BI N

NOME : VICENCIA MARIANA DE SOUZA SILVA

ATENDIMENT : 4444089 NOME : VICENCIA MARIANA DE SOUZA SILVA CONV : SIH DATA NASC : 26/02/1947 LETTO : 628-A SETOR : UMI

PRESCRIÇÃO	MEDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
386892	EMANUEL PEDRO DE CARVALHO TAUIR	DIETA ENTERAL PADRONIZADA	200ML 3/3HS	N	

Impresso por: NAISSA



## Ficha de Avaliação e Evolução em Terapia Nutricional

Nome	SANTA CASA RIO PRETO ELISANGELA FERREIRA DA COSTA	SENHA	
Data	Mãe: MARIA DA CONCEICAO SALES SILVA		Sexo: Quarto - Leito: 603-A
Médico	Méd. MANUEL PEDRO DE CAR Conv. SIH - SUS INTERNACAO	Nasc: 30/03/1981 Id: 43 Sexo: F Leito: 603-A	
Data	Dt. At.: 03/12/24 Hora: 06:57 Pront. 91262	INTERNACAO	Convênio: SUS
Hipótese Diagnóstico/Antecedentes: <u>SIR Down + Torre reativa + dislipidemia / PNM?</u>			

Avaliação Nutricional	Data: <u>03/12/24</u>
Condição Física	<input checked="" type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Acamado(a)
Dieta Via Oral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Dieta: _____
Complemento Nutricional Oral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Complemento: _____
Dieta Enteral	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Dieta: <u>Neovonance 60cl</u> Volume: <u>20ml/h</u>
Complemento Nutricional Enteral	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Complemento: <u>Proteico 30g/1x/dia</u>
Alergia ou intolerância alimentar	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Qual: _____
Alteração Apetite	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Disfagia	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
Vômitos	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
Evacuação	<input checked="" type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Obstipação
Lado Medido	<input type="checkbox"/> Direito <input checked="" type="checkbox"/> Esquerdo
Altura do joelho (AJ)	<u>44 cm</u>
Circunferência da Panturrilha (CP)	<u>24 cm</u>
Circunferência do Braço (CB)	<u>16 cm</u>
Dobra Cutânea Tricipital (PCT)	
Peso Habitual	
Estatura	<input checked="" type="checkbox"/> Estimada <input type="checkbox"/> Mensurada <u>1.48m</u>
Peso Atual	<input checked="" type="checkbox"/> Estimada <input type="checkbox"/> Mensurada <u>40 Kg</u>
IMC	<u>18.8 Kg/m<sup>2</sup></u>
Peso Ideal	
% de Perda de Peso	
Diagnóstico Nutricional	<u>Desnutrição</u>
Necessidade Energética Total	<u>1.600 Kcal</u>
Necessidade Proteica Total	<u>60g</u>



### Ficha de Avaliação e Evolução em Terapia Nutricional

Nome:	SANTA CASA RIO PRETO LUCIA APARECIDA DE SOUZA	SENHA	
Data de	Mãe: IRACI GARCIA DE SOUZA	Sexo:	Quarto - Leito: 688 - A
Médico	Nome Social: 4451914 MédNATHAN DE CAMPOS Nasc17/12/1953 Id: 71	Convênio:	SUS
Data de	Conv.SIH - SUS INTERNACAO Sexo: F Leito618-A Dt.At.: 25/11/24 Hora20:57 Pront 803058 INTERNACAO		
Hipótese Diagnóstico/Antecedentes:	7º YO de amamentação de 2º e 3º idades via gástrica / Phagme Núcleo para Sulfato / HAST / DM / Co: diabetes		
Avaliação Nutricional	Data: 03/12/24		
Condição Física	<input type="checkbox"/> Deambula <input checked="" type="checkbox"/> Acamado(a)		
Dieta Via Oral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Dieta: _____		
Complemento Nutricional Oral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Complemento: _____		
Dieta Enteral	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Dieta: <u>Neutrosonce GCLB</u> Volume: <u>20 ml/h</u>		
Complemento Nutricional Enteral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Complemento: _____		
Alergia ou intolerância alimentar	Qual: _____ <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		
Alteração Apetite	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Disfagia	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		
Vômitos	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		
Evacuação	<input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Obstipação <u>Normal</u>		
Lado Medido	<input type="checkbox"/> Direito <input type="checkbox"/> Esquerdo		
Altura do joelho (AJ)			
Circunferência da Panturrilha (CP)			
Circunferência do Braço (CB)			
Dobra Cutânea Tricipital (PCT)			
Peso Habitual			
Estatura	<input type="checkbox"/> Estimada <input checked="" type="checkbox"/> Mensurada		
Peso Atual	<input type="checkbox"/> Estimada <input checked="" type="checkbox"/> Mensurada		
IMC	<u>1,59m</u> <u>52Kg</u> <u>21 Kg/m²</u>		
Peso Ideal			
% de Perda de Peso			
Diagnóstico Nutricional	<u>Antropica</u>		
Necessidade Energética Total	<u>1.820 Kcal</u>		
Necessidade Proteica Total	<u>70g</u>		



**SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO**  
COMROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



00907 - CENSO DIETAS

DATA - 03/12/2024 ate 03/12/2024 , PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N. CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO)-50001059,50000822,5000194[...]  
CODIGO DO SETOR (CENTRO DE CUSTO), PREDOMINANTE-000198,000004,000188,0001[...]

NOME: ARLETE PEDRETTI OLIVEIRA

ATENDIMENT: 4450838 NOME: ARLETE PEDRETTI OLIVEIRA CONV: SIH DATA NASC: 02/09/1958 LEITO: 807-A SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRICÃO OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT

387912 ANA RACHEL DE OLIVEIRA VERMEJO NOVASOURCE GC 1.5 40 ML/H SNE N

NOME: ELIANA APARECIDA MARQUES DOS SANTOS

ATENDIMENT: 4440155 NOME: ELIANA APARECIDA MARQUES DOS SANTOS CONV: SIH DATA NASC: 25/03/1957 LEITO: 910-A SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRICÃO OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT

388000 EMANUEL PEDRO DE CARVALHO TAUIR NOVASOURCE GC 1.5 POE SNE 30 ML/H EM BI N

NOME: ELISANGELA FERREIRA DA COSTA

ATENDIMENT: 4458967 NOME: ELISANGELA FERREIRA DA COSTA CONV: SIH DATA NASC: 30/03/1981 LEITO: 603-A SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRICÃO OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT

387709 DIETA ENTERAL PADRONIZADA AGUA FILTRADA 150 ML 3/3 HORAS N

387877 NOVASOURCE GC 1.5 20ML N

NOME: JERONIMA LIDIONETE DE OLIVEIRA

ATENDIMENT: 4457290 NOME: JERONIMA LIDIONETE DE OLIVEIRA CONV: SIH DATA NASC: 01/04/1944 LEITO: 807-A SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRICÃO OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT

387728 APARECIDO PEREIRA NETO FRESUBIN ENERGY 20 ML/H POR SNE - SUSPENSO N

NOME: LEIA SILVA MARIA ALVES DE SOUZA

ATENDIMENT: 4449888 NOME: LEIA SILVA MARIA ALVES DE SOUZA CONV: SIH DATA NASC: 09/06/1956 LEITO: 601-B SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRICÃO OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT

387598 ESTER CRISTINA DE ALMEIDA ZEITUNI DIETA ENTERAL N

Impressão por MAISON

LGPD: Relatório pode conter dados pessoais e/ou sensíveis, recomenda-se a destruição após o uso



**SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO**  
COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR



R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500

00907 - CENSO DIETAS

DATA - 03/12/2024 ate 03/12/2024 ,PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N ,CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO)-50001059,50000822,5000194[...] ]  
CODIGO DO SETOR (CENTRO DE CUSTO) PREDOMINANTE-000198,000004,000188,0001[...] ]

ATENDEMENT: 4448625 NOME: OTAVIO ALVES GUIMARAES CONV: SIH DATA NASC: 09/12/1962 LEITO: 803-A SETOR: UMI

PRESCRIÇÃO MÉDICO 388013 DESCRIÇÃO DIETA ENTERAL PADRONIZADA OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENTI N

NOME: PERCIVAL OMOTE

ATENDEMENT: 4453266 NOME: PERCIVAL OMOTE CONV: SIH DATA NASC: 14/07/1969 LEITO: 616-B SETOR: UMI

PRESCRIÇÃO MÉDICO 387563 SERGIO PAPARELLI JUNIOR DESCRIÇÃO DIETA ENTERAL OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENTI N

NOME: REGINA ALEXANDRINA DA SILVA

ATENDEMENT: 4458371 NOME: REGINA ALEXANDRINA DA SILVA CONV: SIH DATA NASC: 30/03/1939 LEITO: FEM09 SETOR: ENF

PRESCRIÇÃO MÉDICO 387603 GUILHERME GUILMO DE OLIVEIRA DESCRIÇÃO DIETA ENTERAL PADRONIZADA OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENTI N

NOME: SEBASTIAO SALVADOR GONCALVES

ATENDEMENT: 4458038 NOME: SEBASTIAO SALVADOR GONCALVES CONV: SIH DATA NASC: 09/11/1953 LEITO: 614-B SETOR: UMI

PRESCRIÇÃO MÉDICO 387895 APARECIDO PEREIRA NETO DESCRIÇÃO NOVASOURCE GC 1.5 OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENTI N 20 ML/H SNE

NOME: SERGIO DONIZETI SIMOES VICTORIO

ATENDEMENT: 4451890 NOME: SERGIO DONIZETI SIMOES VICTORIO CONV: SIH DATA NASC: 14/02/1967 LEITO: 908-B SETOR: UMI

PRESCRIÇÃO MÉDICO 387869 LARISSA CAFE TEIXEIRA DESCRIÇÃO DIETA ENTERAL PADRONIZADA OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENTI N CORRER 1500ML/DIA - CADA FRASCO CO N

NOME: SILVIA ALVES BORGES DE SOUSA

ATENDEMENT: 4453093 NOME: SILVIA ALVES BORGES DE SOUSA CONV: SIH DATA NASC: 06/06/1986 LEITO: 910-A SETOR: UMI

Impresso por NAISA

LCPD - Relatório pode conter dados pessoais e/ou sensíveis, recomenda-se a destruição após o uso



### Ficha de Avaliação e Evolução em Terapia Nutricional

Nome	SANTA CASA RIO PRETO ELIANA APARECIDA MARQUES DOS SANTOS	SENHA	
Data	Mãe: ALDINA MARQUES DOS SANTOS	Sexo:	Quarto - Leito: 910-A
Médic	Nome Social: 4440155 MÉDIEGO STEFANI BIZINO Nasc: 25/03/1957 Id: 87	Convênio:	SUS
Data	Conv. SIH - SUS INTERNACAO Sexo: F Leito: 910-A Dt. At.: 11/11/24 Hora: 07:01 Pront. 1144761 INTERNACAO		
Hipótese Diagnóstico/Antecedentes:	TCR <del>verificada</del> / Sequela após TCR / DM / DPOC		

Avaliação Nutricional	Data:	04/12/24
Condição Física	( ) Deambula	(X) Acamado(a)
Dieta Via Oral	( ) Sim (X) Não	Dieta: _____
Complemento Nutricional Oral	( ) Sim (X) Não	Complemento: _____
Dieta Enteral	(X) Sim ( ) Não	Dieta: <u>Nutrena G.C.I. 5</u> Volume: <u>30 ml 1h</u>
Complemento Nutricional Enteral	( ) Sim (X) Não	Complemento: _____
Alergia ou intolerância alimentar	( ) Sim	(X) Não
Alteração Apetite	( ) Sim	(X) Não
Disfagia	( ) Sim	(X) Não
Vômitos	( ) Sim	(X) Não
Evacuação	( ) Diarreia	(X) Obstipação
Lado Medido	( ) Direito	( ) Esquerdo
Altura do Joelho (AJ)		
Circunferência da Panturrilha (CP)		
Circunferência do Braço (CB)		
Dobra Cutânea Tricipital (PCT)		
Peso Habitual		
Estatura	( ) Estimada	(X) Mensurada
Peso Atual	( ) Estimada	(X) Mensurada
IMC		1,53 m 43 kg 18 kg/m <sup>2</sup>
Peso Ideal		
% de Perda de Peso		
Diagnóstico Nutricional		Demulção
Necessidade Energética Total		1.720 Kcal
Necessidade Proteica Total		65g



### Ficha de Avaliação e Evolução em Terapia Nutricional

Nome:	SANTA CASA RIO PRETO EURIPEDES BALSANULFO DA SILVA	
Data d	Mãe: ANALIA CLAUDINA DA SILVA Nome Social: 4481434	Sexo: Quarto - Leito: Enfermaria Emerg SUS
Médico	MEDMAISA CRISTINA VIOLI Conv.BPA - SUS AMBULATORIO	Nasc: 30/11/1961 Id: 83 Sexo: M Leito:
Data d	Dt.At.: 04/12/24 Hora: 17:39 Pront. 734432 AMBULATORIAL	Convênio: SUS
Hipótese Diagnóstico/Antecedentes:	CA orofaringe PDPOC 11/12/24 - submanca 1/Brise Convulsão há 02 meses	
Avaliação Nutricional	Data: 04/12/24	
Condição Física	<input checked="" type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Acamado(a)	
Dieta Via Oral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Dieta: _____	
Complemento Nutricional Oral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Complemento: _____	
Dieta Enteral	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Dieta: <u>Insulina Emerg SUS</u> Volume: <u>220ml 6x/dia</u>	
Complemento Nutricional Enteral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Complemento: _____	
Alergia ou intolerância alimentar	Qual: _____ <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Alteração Apetite	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Disfagia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Vômitos	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Evacuação	<input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Obstipação	
Lado Medido	<input type="checkbox"/> Direito <u>Normal</u> <input type="checkbox"/> Esquerdo	
Altura do joelho (AJ)		
Circunferência da Panturrilha (CP)		
Circunferência do Braço (CB)		
Dobra Cutânea Tricipital (PCT)		
Peso Habitual		
Estatura	<input type="checkbox"/> Estimada <input checked="" type="checkbox"/> Mensurada	
Peso Atual	<input type="checkbox"/> Estimada <u>1.75m</u> <input checked="" type="checkbox"/> Mensurada	
IMC	<u>50.2 Kg</u>	
Peso Ideal	<u>16 Kg/m<sup>2</sup></u>	
% de Perda de Peso		
Diagnóstico Nutricional	<u>Desnutrição</u>	
Necessidade Energética Total	<u>2.000 Kcal</u>	
Necessidade Proteica Total	<u>75 g</u>	



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



00907 - CENSO DIETAS  
DATA - 04/12/2024 ate 04/12/2024 - PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N. CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO)-50001059,50000822,50001941...J  
CODIGO DO SETOR (CENTRO DE CUSTO) PREDOMINANTE-000198,000004,000188,00011...J

NOME: ARLETE PEDRETTI OLIVEIRA

ATENDIMENT: 4450038

NOME: ARLETE PEDRETTI OLIVEIRA

CONV: SIH DATA NASC: 02/09/1958

LEITO: 807-A

SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

388737 ANA BEATRIZ THOME DORIA

DESCRIÇÃO

NOVASOURCE GC 1.5

OBSERVAÇÕES

40 ML/H SNE

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

NOME: ELIANA APARECIDA MARQUES DOS SANTOS

ATENDIMENT: 4440155

NOME: ELIANA APARECIDA MARQUES DOS SANTOS

CONV: SIH DATA NASC: 25/03/1957

LEITO: 910-A

SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

389004 EMANUEL PEDRO DE CARVALHO TAUIR

DESCRIÇÃO

NOVASOURCE GC 1.5

OBSERVAÇÕES

POE SNE 30 ML/H EM BI

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

NOME: ELISABETE RODRIGUES

ATENDIMENT: 4442031

NOME: ELISABETE RODRIGUES

CONV: SIH DATA NASC: 06/12/1957

LEITO: 603-B

SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

388317 ADERBAL GAUJINO GALASSI NETO

DESCRIÇÃO

NOVASOURCE GC 1.5

OBSERVAÇÕES

40 ML SNE

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

389136 RODRIGO BOMFIM RIBEIRO

NOVASOURCE GC 1.5

40 ML SNE

N

N

NOME: ELISANGELA FERREIRA DA COSTA

ATENDIMENT: 4458967

NOME: ELISANGELA FERREIRA DA COSTA

CONV: SIH DATA NASC: 30/03/1981

LEITO: 603-A

SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

388582 EDUARDO SARGI

DESCRIÇÃO

NOVASOURCE GC 1.5

OBSERVAÇÕES

20ML

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

NOME: JERONIMA LIDIONETE DE OLIVEIRA

ATENDIMENT: 4457290

NOME: JERONIMA LIDIONETE DE OLIVEIRA

CONV: SIH DATA NASC: 01/04/1944

LEITO: 807-A

SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

388726 LUCIANA MANSUR PINTO BORGES

DESCRIÇÃO

FRESUBIN ENERGY

OBSERVAÇÕES

20 ML/H POR SNE - SUSPENSO

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

N

Impressão por MATISA



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



00907 - CENSO DIETAS  
DATA - 04/12/2024 ate 04/12/2024 - PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N. CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVICIO)-50001059.500008222.5000194[...]  
CODIGO DO SETOR (CENTRO DE CUSTO) PREDOMINANTE-000198.000004.000188.0001[...]

ATENDIMENT: 4447502	NOME: MILTON DA SILVA FIOCHI	CONV: SIH	DATA NASC: 23/03/1971	LEITO: 609-B	SETOR: UNI
PRESCRIÇÃO MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT	
388693	LUCIANA MANSUR PINTO BORGES	20 ML/H SNE - SUSPENSO ATE 2A ORDE	N		
NOME: ORNELIO COSTA LANTENZACK					
ATENDIMENT: 4461468	NOME: ORNELIO COSTA LANTENZACK	CONV: SIH	DATA NASC: 07/09/1952	LEITO: 614-B	SETOR: UNI
PRESCRIÇÃO MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT	
389194	DIETA ENTERAL		N		
NOME: OTAVIO ALVES GUIMARAES					
ATENDIMENT: 4440625	NOME: OTAVIO ALVES GUIMARAES	CONV: SIH	DATA NASC: 09/12/1962	LEITO: 803-A	SETOR: UNI
PRESCRIÇÃO MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT	
388797	FRESUBIN ENERGY		N		
NOME: PERCIVAL OMOTE					
ATENDIMENT: 4453266	NOME: PERCIVAL OMOTE	CONV: SIH	DATA NASC: 14/07/1969	LEITO: 616-B	SETOR: UNI
PRESCRIÇÃO MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT	
388400	SERGIO PAPARELI JUNIOR	DIETA ENTERAL	N		
NOME: SEBASTIAO SALVADOR GONCALVES					
ATENDIMENT: 4458038	NOME: SEBASTIAO SALVADOR GONCALVES	CONV: SIH	DATA NASC: 09/11/1953	LEITO: 614-B	SETOR: UNI
PRESCRIÇÃO MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT	
388731	LUCIANA MANSUR PINTO BORGES	NOVASOURCE GC 1.5	N		
NOME: SERGIO DOMIZETI SIMOES VICTORIO					
ATENDIMENT: 4451890	NOME: SERGIO DOMIZETI SIMOES VICTORIO	CONV: SIH	DATA NASC: 14/02/1967	LEITO: 908-B	SETOR: UNI

Impresso por: MAISA



## Ficha de Avaliação e Evolução em Terapia Nutricional

Nome	SANTA CASA RIO PRETO LELIS HENRIQUE MOREIRA DOS SANTOS	
Data c	Mãe: RUTE MARA MOREIRA DOS SANTOS	Sexo: Quarto - Leito: 908 - A
Médic	Nome Social: 4451895 Méd: SERGIO PAPARELI JUNI Nasc: 09/07/2003 Id: 21 Conv: SIH - SUS INTERNACAO Sexo: M Leito: 908 - A	
Data c	Di. At.: 25/11/24 Hora: 19:51 Pront. 43125 INTERNACAO	Convênio: SUS
Hipótese Diagnóstico/Antecedentes:	Paralisia Cerebral / crise convulsiva / pneumonia Injuriados / Autista	
Avaliação Nutricional	Data: 05/12/24	
Condição Física	<input type="checkbox"/> Deambula <input checked="" type="checkbox"/> Acamado(a)	
Dieta Via Oral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Dieta: _____	
Complemento Nutricional Oral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Complemento: _____	
Dieta Enteral	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Dieta: <u>Formula Energy</u> Volume: <u>180ml 1x/dia</u>	
Complemento Nutricional Enteral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Complemento: _____	
Alergia ou intolerância alimentar	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Qual: _____	
Alteração Apetite	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Disfagia	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Vômitos	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Evacuação	<input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Obstipação	
Lado Medido	<input type="checkbox"/> Direito <u>Normal</u> <input type="checkbox"/> Esquerdo	
Altura do joelho (AJ)		
Circunferência da Panturrilha (CP)		
Circunferência do Braço (CB)		
Dobra Cutânea Tricipital (PCT)		
Peso Habitual		
Estatura	<input type="checkbox"/> Estimada <input checked="" type="checkbox"/> Mensurada	
Peso Atual	<input type="checkbox"/> Estimada <u>1.55</u> <input checked="" type="checkbox"/> Mensurada	
IMC	<u>40 Kg</u>	
Peso Ideal	<u>17 Kg 1m<sup>2</sup></u>	
% de Perda de Peso		
Diagnóstico Nutricional	<u>Desnutrição</u>	
Necessidade Energética Total	<u>1.600 Kcal</u>	
Necessidade Proteica Total	<u>60g</u>	



### Ficha de Avaliação e Evolução em Terapia Nutricional

Nome: SANTA CASA RIO PRETO OTAVIO ALVES GUIMARAES	SENHA	
Data d Mãe: IDA ALVES GUIMARAES Nome Social: 4440625		Sexo: Quarto - Leito: 803 - A
Médic: MédCARLOS ADRIANO SEVER Nasc09/12/1962 Id: 62 Conv.SIH - SUS INTERNACAO Sexo: M Leito803-A		
Data d Dt.At.: 12/11/24 Hora01:58 Pront.754665 INTERNACAO		Convênio: SUS
Hipótese Diagnóstico/Antecedentes: AVO / HAS		

Avaliação Nutricional	Data: 05/12/24	
Condição Física	<input type="checkbox"/> Deambula <input checked="" type="checkbox"/> Acamado(a)	
Dieta Via Oral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Dieta: _____	
Complemento Nutricional Oral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Complemento: _____	
Dieta Enteral	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Dieta: <u>Amulisa Energy</u> Volume: <u>230 ml 6x/dia</u>	
Complemento Nutricional Enteral	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Complemento: <u>Leiteira 90g/dia</u>	
Alergia ou intolerância alimentar	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Qual: _____	
Alteração Apetite	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Disfagia	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Vômitos	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Evacuação	<input type="checkbox"/> Diarreia <input checked="" type="checkbox"/> Obstipação	
Lado Medido	<input type="checkbox"/> Direito <input checked="" type="checkbox"/> Esquerdo <u>Normal</u>	
Altura do Joelho (AJ)	56 cm	
Circunferência da Panturrilha (CP)	33 cm	
Circunferência do Braço (CB)	27 cm	
Dobra Cutânea Tricipital (PCT)		
Peso Habitual		
Estatura	<input checked="" type="checkbox"/> Estimada <input type="checkbox"/> Mensurada	
Peso Atual	<input checked="" type="checkbox"/> Estimada <input type="checkbox"/> Mensurada	
IMC	1.75m 69 kg	
Peso Ideal	22,5 kg/m <sup>2</sup>	
% de Perda de Peso		
Diagnóstico Nutricional	<u>Risco Nutricional</u>	
Necessidade Energética Total	<u>2.070 Kcal</u>	
Necessidade Proteica Total	<u>83g</u>	



### Ficha de Avaliação e Evolução em Terapia Nutricional

Nome:	SANTA CASA RIO PRETO TEREZINHA DE SIQUEIRA BRANDAO	SENHA	
Data d	Mãe: JUSTINA DE SIQUEIRA Nome Social:	4450328	Sexo: Quarto - Leito: 902-B
Médico:	MÉDSTER ZEITUNI Conv.SIH - SUS INTERNACAO	Nasc: 18/10/1951 Id: 73 Sexo: F Leito: 902-B	
Data d	Di.At.: 24/11/24	Hora: 09:01 Pront. 780148 INTERNACAO	Convênio: SUS
Hipótese Diagnóstico/Antecedentes: CA verde?   Avaliação diagnóstica + Tratamento   HFS			
Avaliação Nutricional			Data: 05/12/24
Condição Física		<input checked="" type="checkbox"/> Deambula	<input type="checkbox"/> Acamado(a)
Dieta Via Oral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Dieta: _____	
Complemento Nutricional Oral	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Complemento: <u>Amigdal 200ml 12x/dia</u>	
Dieta Enteral	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Dieta: <u>Amigdal 150ml</u> Volume: <u>200ml 6x/dia</u>	
Complemento Nutricional Enteral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Complemento: _____	
Alergia ou intolerância alimentar	Qual: _____	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
Alteração Appetite		<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Disfagia		<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
Vômitos		<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
Evacuação		<input type="checkbox"/> Diarreia	<input checked="" type="checkbox"/> Obstipação
Lado Medido		<input type="checkbox"/> Direito	<input checked="" type="checkbox"/> Esquerdo
Altura do joelho (AJ)			44 cm
Circunferência da Panturrilha (CP)			23 cm
Circunferência do Braço (CB)			20 cm
Dobra Cutânea Tricipital (PCT)			
Peso Habitual			
Estatura	<input type="checkbox"/> Estimada	<input checked="" type="checkbox"/> Mensurada	55 Kg
Peso Atual	<input type="checkbox"/> Estimada	<input checked="" type="checkbox"/> Mensurada	42 Kg
IMC			1.52 m
Peso Ideal			18 Kg/m <sup>2</sup>
% de Perda de Peso			
Diagnóstico Nutricional			Demulção
Necessidade Energética Total			1.680 Kcal
Necessidade Proteica Total			63 g.



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



00907 - CENSO DIETAS

DATA - 05/12/2024 ate 05/12/2024 .PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N. CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO)-50001059.50000822.5000194[...]  
CODIGO DO SETOR (CENTRO DE CUSTO) PREDOMINANTE-000198.000004.000188.0001[...] ]

PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DIETA ENTERAL	DIETA ENTERAL PADRONIZADA	CONV: SIH	DATA NASC:	02/01/1942	LEITO: 801-A	SETOR: UNI
ATENDIMENT: 4462576	NOME: EUDORIDES AGUIAR	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT					
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DIETA ENTERAL	DIETA ENTERAL PADRONIZADA	CONV: SIH	DATA NASC:	09/06/1956	LEITO: 601-B	SETOR: UNI
ATENDIMENT: 4449888	NOME: LEIA SILVA MARIA ALVES DE SOUZA	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT					
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DIETA ENTERAL	DIETA ENTERAL	CONV: SIH	DATA NASC:	09/07/2003	LEITO: 908-A	SETOR: UNI
ATENDIMENT: 4451895	NOME: LELIS HENRIQUE MOREIRA DOS SANTOS	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT					
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DIETA ENTERAL	DIETA ENTERAL	CONV: SIH	DATA NASC:	17/12/1953	LEITO: 618-A	SETOR: UNI
ATENDIMENT: 4451914	NOME: LUCIA APARECIDA DE SOUZA	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT					
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	NOVASOURCE GC 1.5	NOVASOURCE GC 1.5	CONV: SIH	DATA NASC:	07/11/1961	LEITO: 604-B	SETOR: UNI
ATENDIMENT: 4456986	NOME: LUIS ANTONIO GARUTTI	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT					
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DIETA ENTERAL	DIETA ENTERAL PADRONIZADA	CONV: SIH	DATA NASC:	06/11/1957	LEITO: 802-A	SETOR: UNI
ATENDIMENT: 4461430	NOME: MADALENA RODRIGUES DIONISIO	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT					

Impresso por MATISA

LGPD: Relatório pode conter dados pessoais e/ou sensíveis, recomenda-se a destruição após o uso



**SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO**  
CONPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



00907 - CENSO DIETAS

DATA - 05/12/2024 até 05/12/2024, PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N, CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO)-50001059,50000822,5000194[...]  
CODIGO DO SETOR (CENTRO DE CUSTO), PREDOMINANTE-000198,000004,000188,0001[...]

PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
389766		DIETA ENTERAL PADRONIZADA	150ML 3/3HS	N	
NOME: MARIA APARECIDA DOS SANTOS FARIA					
ATENDIMENT: 4447383 NOME: MARIA APARECIDA DOS SANTOS FARIA CONV: SIH DATA NASC: 17/11/1961 LEITO: 619-A SETOR: UNI					
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
389785		NOVASOURCE GC 1.5	POR SNE 40 ML/H EM BI	N	
NOME: MARIA INES NOGUEIRA GUEDES					
ATENDIMENT: 4462523 NOME: MARIA INES NOGUEIRA GUEDES CONV: SIH DATA NASC: 04/10/1935 LEITO: 901-A SETOR: UNI					
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
390016		DIETA ENTERAL		N	
NOME: MILTON DA SILVA FIOCHI					
ATENDIMENT: 4447502 NOME: MILTON DA SILVA FIOCHI CONV: SIH DATA NASC: 23/03/1971 LEITO: 609-B SETOR: UNI					
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
389672		FRESUBIN ENERGY	20 ML/H SNE - SUSPENSO ATE 2A ORDE N		
NOME: ORNELIO COSTA LANTENZACK					
ATENDIMENT: 4461468 NOME: ORNELIO COSTA LANTENZACK CONV: SIH DATA NASC: 07/09/1952 LEITO: 614-B SETOR: UNI					
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
389310		DIETA ENTERAL		N	
NOME: OTAVIO ALVES GUIMARAES					
ATENDIMENT: 4440625 NOME: OTAVIO ALVES GUIMARAES CONV: SIH DATA NASC: 09/12/1962 LEITO: 803-A SETOR: UNI					
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT

Impresso por: MAISA

LGPD: Relatório pode conter dados pessoais e/ou sensíveis, recomenda-se a destruição após o uso



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



00907 - CENSO DIETAS

DATA - 05/12/2024 até 05/12/2024 . PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N . CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO)-50001059,50000822,5000194[. ]  
CODIGO DO SETOR (CENTRO DE CUSTO) PREDOMINANTE-000198,000004,000188,0001[. ]

Nome: TEREZINHA DE SIQUEIRA BRANDAO

ATENDIMENT : 4450328

Nome: TEREZINHA DE SIQUEIRA BRANDAO

CONV: SIH DATA NASC: 18/10/1951

LEITO: 902-B

SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

DESCRIÇÃO

OBSERVAÇÕES

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

389455 ESTER CRISTINA DE ALMEIDA ZEITUNI

DIETA ENTERAL PADRONIZADA

N

Impresso por: NAISA



### Ficha de Avaliação e Evolução em Terapia Nutricional

Nome:	SANTA CASA RIO PRETO SILVIA ALVES BORGES DE SOUSA	SENHA	
Data de	Mãe: SONIA MARIA BORGES DE OLIVEIRA MIRANDA Nome Social: 4453093	exco:	Quarto - Leito: 910-B
Médico:	Méd THAIS DELLA ROVERI C Nasc 06/06/1986 Id: 38 Conv. SIH - SUS INTERNACAO Sexo: F Leito 910-A		
Data de	DL. At.: 25/11/24 Hora 07:01 Pront. 898914 INTERNACAO	Convênio:	SUS
Hipótese Diagnóstico/Antecedentes:	Polimial de traqueia / RD traqueoplastia + CAS		
Avaliação Nutricional		Data:	06/12/24
Condição Física		( ) Deambula	(x) Acamado(a)
Dieta Via Oral	( ) Sim ( ) Não	Dieta:	_____
Complemento Nutricional Oral	( ) Sim ( ) Não	Complemento:	_____
Dieta Enteral	(x) Sim ( ) Não	Dieta:	nutricao GCS Volume: 30ml/d
Complemento Nutricional Enteral	(x) Sim ( ) Não	Complemento:	tráquea 150ml 2x/dia
Alergia ou intolerância alimentar	( ) Sim	(x) Não	Qual: _____
Alteração Apetite	( ) Sim	(x) Não	
Disfagia	( ) Sim	(x) Não	
Vômitos	( ) Sim	(x) Não	
Evacuação	( ) Diarreia	( ) Obstipação	
Lado Medido	( ) Direito	normal	(x) Esquerdo
Altura do joelho (AJ)		48 cm	
Circunferência da Panturrilha (CP)		29 cm	
Circunferência do Braço (CB)		24 cm	
Dobra Cutânea Tricipital (PCT)			
Peso Habitual			
Estatura	(x) Estimada	( ) Mensurada	1.64m
Peso Atual	(x) Estimada	( ) Mensurada	50kg
IMC			19 Kg/m <sup>2</sup>
Peso Ideal			
% de Perda de Peso			
Diagnóstico Nutricional			Risco Nutricional
Necessidade Energética Total			2000 Kcal
Necessidade Proteica Total			75g



### Ficha de Avaliação e Evolução em Terapia Nutricional

Nome:	SANTA CASA RIO PRETO		SENHA
	LECIO ROSSI		
Data de	Mãe: YOLANDA FERRI	Sexo:	Quarto - Leito: <i>Infermaria Emerg. SUS</i>
	Nome Social:		
Médico	Méd. EDUARDO MAYRHOFER SA	Nasc: 15/05/1937	Id: 87
	Conv. BPA - SUS AMBULATORIO	Sexo: M	Leito:
Data de	Dt. At.: 05/12/24	Hora: 16:37	Pront. 853176 AMBULATORIAL
		Convênio:	<i>SUS</i>
Hipótese Diagnóstico/Antecedentes:	<i>CA parietal / intestinal / peridiverticular / HAS</i>		

Avaliação Nutricional	Data: <i>06/12/24</i>	
Condição Física	<input type="checkbox"/> Deambula	<input checked="" type="checkbox"/> Acamado(a)
Dieta Via Oral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Dieta: _____
Complemento Nutricional Oral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Complemento: _____
Dieta Enteral	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Dieta: <i>Envelin Energy</i> Volume: <i>200ml 6x/dia</i>
Complemento Nutricional Enteral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Complemento: _____
Alergia ou intolerância alimentar	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
Alteração Apetite	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Disfagia	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
Vômitos	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
Evacuação	<input type="checkbox"/> Diarreia	<input checked="" type="checkbox"/> Obstipação
Lado Medido	<input type="checkbox"/> Direito	<input checked="" type="checkbox"/> Esquerdo
Altura do joelho (AJ)	<i>49 cm</i>	
Circunferência da Panturrilha (CP)	<i>24 cm</i>	
Circunferência do Braço (CB)	<i>25 cm</i>	
Dobra Cutânea Tricipital (PCT)		
Peso Habitual		
Estatura	<input checked="" type="checkbox"/> Estimada	<input type="checkbox"/> Mensurada
Peso Atual	<input checked="" type="checkbox"/> Estimada	<input type="checkbox"/> Mensurada
IMC	<i>68 Kg</i> <i>21.40 kg/m<sup>2</sup></i>	
Peso Ideal		
% de Perda de Peso		
Diagnóstico Nutricional	<i>Desnutrição</i>	
Necessidade Energética Total	<i>1.925 Kcal</i>	
Necessidade Proteica Total	<i>82,5g</i>	



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
COOPERATIVISMO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



00907 - CENSO DIETAS

DATA - 06/12/2024 ate 06/12/2024 , PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N , CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVICIO)-50001059,50000822,5000194f... ]  
CODIGO DO SETOR (CENTRO DE CUSTO) PREDOMINANTE-000198,000004,000188,0001f. ]

NOME: ARLETE PEDRETTI OLIVEIRA

ATENDIMENT: 4459038 NOME: ARLETE PEDRETTI OLIVEIRA CONV: SIH DATA NASC: 02/09/1958 LETITO: 807-A SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO ANA RACHEL DE OLIVEIRA VERMEJO NOVASOURCE GC 1.5 OBSERVAÇÕES 40 ML/H SNE N PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT

NOME: BENEDITO DE MATOS PEREIRA

ATENDIMENT: 4459344 NOME: BENEDITO DE MATOS PEREIRA CONV: SIH DATA NASC: 12/12/1968 LETITO: 618-A SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO MIGUEL AUGUSTO RODRIGUES DEL PINO NOVASOURCE GC 1.5 OBSERVAÇÕES CORRER 20 ML/H POR SNE 6 VEZES AO N PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT

NOME: ELIANA APARECIDA MARQUES DOS SANTOS

ATENDIMENT: 4440155 NOME: ELIANA APARECIDA MARQUES DOS SANTOS CONV: SIH DATA NASC: 25/03/1957 LETITO: 910-A SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO EMANUEL PEDRO DE CARVALHO TAUYR NOVASOURCE GC 1.5 OBSERVAÇÕES POE SNE 30 ML/H EM BI N PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT

NOME: ELISABETE RODRIGUES

ATENDIMENT: 4442031 NOME: ELISABETE RODRIGUES CONV: SIH DATA NASC: 06/12/1957 LETITO: 603-B SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO LETICIA GUIMARAES NOVASOURCE GC 1.5 OBSERVAÇÕES 40 ML SNE N PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT

NOME: ELISANGELA FERREIRA DA COSTA

ATENDIMENT: 4458967 NOME: ELISANGELA FERREIRA DA COSTA CONV: SIH DATA NASC: 30/03/1981 LETITO: 603-A SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO ANA BEATRIZ THOME DORIA NOVASOURCE GC 1.5 OBSERVAÇÕES 40 ML N PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT

NOME: EUDORIDES AGUIAR

Impresso por: MAISA



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
GOVERNOSSE COM A QUALIDADE HOSPITALAR



R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500

00907 - CENSO DIETAS

DATA - 06/12/2024 ate 06/12/2024 , PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N. CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO)-50001059;50000822;5000194f...]  
CODIGO DO SETOR (CENTRO DE CUSTO) PREDOMINANTE-000198.0000004.000188.0001f...]

PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
390260	ESTER CRISTINA DE ALMEIDA ZEITUNI	DIETA ENTERAL PADRONIZADA		N	
NOME: MADALENA RODRIGUES DIONISIO					
ATENDIMENT: 4461430 NOME: MADALENA RODRIGUES DIONISIO CONV: SIH DATA NASC: 06/11/1957 LETITO: 802-A SETOR: UNI					
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
390729	EMANUEL PEDRO DE CARVALHO TAUYR	DIETA ENTERAL PADRONIZADA	150ML 3/3HS	N	
NOME: MARIA APARECIDA DOS SANTOS FARIA					
ATENDIMENT: 4447303 NOME: MARIA APARECIDA DOS SANTOS FARIA CONV: SIH DATA NASC: 17/11/1961 LETITO: 619-A SETOR: UNI					
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
390711	EMANUEL PEDRO DE CARVALHO TAUYR	NOVASOURCE GC 1.5	POR SNE 40 ML/H EM BI	N	
NOME: MARIA INES NOGUEIRA GUEDES					
ATENDIMENT: 4462523 NOME: MARIA INES NOGUEIRA GUEDES CONV: SIH DATA NASC: 04/10/1935 LETITO: 901-A SETOR: UNI					
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
390893	MARIA JULIA LIMA EUGENIO DIAS	DIETA ENTERAL		N	
NOME: MILTON DA SILVA FIOCHI					
ATENDIMENT: 4447502 NOME: MILTON DA SILVA FIOCHI CONV: SIH DATA NASC: 23/03/1971 LETITO: 609-B SETOR: UNI					
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
390465	APARECIDO PEREIRA NETO	FRESUBIN ENERGY	20 ML/H SNE	N	
NOME: ORNELIO COSTA LANTENZACK					
ATENDIMENT: 4461468 NOME: ORNELIO COSTA LANTENZACK CONV: SIH DATA NASC: 07/09/1952 LETITO: 614-B SETOR: UNI					
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT

Impresso por: WA15A

LGPD: Relatório pode conter dados pessoais e/ou sensíveis, recomenda-se a destruição após o uso



## Ficha de Avaliação e Evolução em Terapia Nutricional

Nome:	SANTA CASA RIO PRETO <b>PERCIVAL OMOTE</b>	SENHA	
Data d	Mãe: TEREZA DELFORNO OMOTE		Sexo: Quarto - Leito: <b>616-B</b>
Médico:	Nome Social: <b>4453266</b> Méd. SERGIO PAPARELI JUNI Nasc: 14/07/1969 Id: 55		
Data d	Conv. SIH - SUS INTERNACAO Sexo: M Leito: 616-B Dt. At.: 26/11/24 Hora: 21:43 Pront. 924232 INTERNACAO		Convênio: <b>SUS</b>
Hipótese Diagnóstico/Antecedentes: <b>AJC / Diabetes</b>			

Avaliação Nutricional	Data: <b>09/12/24</b>	
Condição Física	<input type="checkbox"/> Deambula	<input checked="" type="checkbox"/> Acamado(a)
Dieta Via Oral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Dieta: _____
Complemento Nutricional Oral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Complemento: _____
Dieta Enteral	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Dieta: <b>Amesulic Energy</b> Volume: <b>220 ml 6x/dia</b>
Complemento Nutricional Enteral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Complemento: _____
Alergia ou intolerância alimentar	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Qual: _____
Alteração Apetite	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Disfagia	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Vômitos	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Evacuação	<input type="checkbox"/> Diarreia <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Obstipação	
Lado Medido	<input type="checkbox"/> Direito <input checked="" type="checkbox"/> Esquerdo	
Altura do joelho (AJ)	<b>58 cm</b>	
Circunferência da Panturrilha (CP)	<b>28 cm</b>	
Circunferência do Braço (CB)	<b>29 cm</b>	
Dobra Cutânea Tricipital (PCT)		
Peso Habitual		
Estatuta	<input checked="" type="checkbox"/> Estimada <input type="checkbox"/> Mensurada	<b>1,65 m</b>
Peso Atual	<input checked="" type="checkbox"/> Estimada <input type="checkbox"/> Mensurada	<b>49 Kg</b>
IMC	<b>18 Kg/m<sup>2</sup></b>	
Peso Ideal		
% de Perda de Peso		
Diagnóstico Nutricional	<b>Ruça Nutricional</b>	
Necessidade Energética Total	<b>1.960 Kcal</b>	
Necessidade Proteica Total	<b>74g</b>	



SANTA CASA RIO PRETO SENHA Avaliação e Evolução em Terapia Nutricional

Nome:	BENEDITO DE MATOS PEREIRA	
Data de	Mãe: SANTA IZABEL DE MATOS Nome Social: 4458344	Sexo: Quarto - Leito: 618-A
Médico:	Méd GUILHERME DE OLIVEIR Conv. SIH - SUS INTERNACAO	Nasc: 12/12/1968 Id: 56 Sexo: M Leito: 518-A
Data de	DI. At.: 03/12/24 Hora: 09:26 Pront. 375146 INTERNACAO	Convênio: SUS
Hipótese Diagnóstico/Antecedentes:	CA gástrica   PO gastrectomia   HAS	
Avaliação Nutricional	Data: 01/12/24	
Condição Física	<input checked="" type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Acamado(a)	
Dieta Via Oral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Dieta: _____	
Complemento Nutricional Oral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Complemento: _____	
Dieta Enteral	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Dieta: <u>nutrisource GCS 5</u> Volume: <u>30ml/h</u>	
Complemento Nutricional Enteral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Complemento: _____	
Alergia ou intolerância alimentar	Qual: _____ <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Alteração Apetite	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Disfagia	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Vômitos	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Evacuação	<input type="checkbox"/> Diarreia <input checked="" type="checkbox"/> Obstipação	
Lado Medido	<input type="checkbox"/> Direito <input type="checkbox"/> Esquerdo	
Altura do joelho (AJ)		
Circunferência da Panturrilha (CP)		
Circunferência do Braço (CB)		
Dobra Cutânea Tricipital (PCT)		
Peso Habitual		
Estatura	<input type="checkbox"/> Estimada <input checked="" type="checkbox"/> Mensurada	
Peso Atual	<input type="checkbox"/> Estimada <input checked="" type="checkbox"/> Mensurada	
IMC	1.68m 64kg 23 kg/m <sup>2</sup>	
Peso Ideal		
% de Perda de Peso		
Diagnóstico Nutricional	H Anorexia	
Necessidade Energética Total	1.920Kcal	
Necessidade Proteica Total	77g	



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



## 00907 - CENSO DIETAS

DATA - 09/12/2024 ate 09/12/2024 . PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N . CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO)-50001059.50000822.5000194[.]  
CODIGO DO SETOR (CENTRO DE CUSTO) PREDOMINANTE-000198.000004.000188.0001[.]

ATENDIMENT: 4462576 NOME: EUDORIDES AGUIAR CONV: SIH DATA NASC: 02/01/1942 LETTO: 801-A SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRIÇÃO OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT  
393050 EMANUEL PEDRO DE CARVALHO TAUYR DIETA ENTERAL PADRONIZADA N

NOME: LELIS HENRIQUE MOREIRA DOS SANTOS

ATENDIMENT: 4451895 NOME: LELIS HENRIQUE MOREIRA DOS SANTOS CONV: SIH DATA NASC: 09/07/2003 LETTO: 908-A SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRIÇÃO OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT  
392714 SERGIO PAPARELI JUNIOR FRESUBIN ENERGY 100 ML 4/4 HORAS. N

NOME: LUCIA APARECIDA DE SOUZA

ATENDIMENT: 4451914 NOME: LUCIA APARECIDA DE SOUZA CONV: SIH DATA NASC: 17/12/1953 LETTO: 618-A SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRIÇÃO OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT  
392733 APARECIDO PEREIRA NETO NOVASOURCE GC 1.5 40 ML/H N

NOME: MADALENA RODRIGUES DIONISIO

ATENDIMENT: 4461430 NOME: MADALENA RODRIGUES DIONISIO CONV: SIH DATA NASC: 06/11/1957 LETTO: 802-A SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRIÇÃO OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT  
393193 EMANUEL PEDRO DE CARVALHO TAUYR DIETA ENTERAL PADRONIZADA 150ML 3/3HS N

NOME: MARCIA ROBERTA DE CAMARGO GUERREIRO

ATENDIMENT: 4463815 NOME: MARCIA ROBERTA DE CAMARGO GUERREIRO CONV: SIH DATA NASC: 16/02/1971 LETTO: 909-A SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRIÇÃO OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT  
392971 MIGUEL AUGUSTO RODRIGUES DEL PINO NOVASOURCE GC 1.5 POR SNE 30 ML/H EM BI N

NOME: MARIA APARECIDA DOS SANTOS FARIA

ATENDIMENT: 4447303 NOME: MARIA APARECIDA DOS SANTOS FARIA CONV: SIH DATA NASC: 17/11/1961 LETTO: 619-A SETOR: UNI

Impresso por: MAISA



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
COMPROSSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



00907 - CENSO DIETAS

DATA - 09/12/2024 ate 09/12/2024 . PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N . CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVICIO)-50001059,50000822,5000194[...]  
CODIGO DO SETOR (CENTRO DE CUSTO) PREDOMINANTE -000198,000004,000188,0001[...]

PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
393181	EMANUEL PEDRO DE CARVALHO TAUYR	NOVASOURCE GC 1.5	POR SNE 40 ML/H EM BI	N	
NOME: MARIA NEUSA PEREIRA FERREIRA DA SILVA					
ATENDIMENT: 4463642 NOME: MARIA NEUSA PEREIRA FERREIRA DA SILVA CONV: SIH DATA NASC: 08/03/1946 LEITO: 901-A SETOR: UNI					
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
392814	ESTER CRISTINA DE ALMEIDA ZEITUNI	DIETA ENTERAL PADRONIZADA		N	
NOME: MILTON DA SILVA FIOCHI					
ATENDIMENT: 4447502 NOME: MILTON DA SILVA FIOCHI CONV: SIH DATA NASC: 23/03/1971 LEITO: 609-B SETOR: UNI					
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
392922	LUCIANA MANSUR PINTO BORGES	FRESUBIN ENERGY	20 ML/H SNE - SUSPENSO ATE 2A ORDE N		
NOME: PERCIVAL OMOTE					
ATENDIMENT: 4453266 NOME: PERCIVAL OMOTE CONV: SIH DATA NASC: 14/07/1969 LEITO: 616-B SETOR: UNI					
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
392734	SERGIO PAPARELLI JUNIOR	DIETA ENTERAL		N	
NOME: SEBASTIAO SALVADOR GONCALVES					
ATENDIMENT: 4458938 NOME: SEBASTIAO SALVADOR GONCALVES CONV: SIH DATA NASC: 09/11/1953 LEITO: 614-B SETOR: UNI					
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
392940	LUCIANA MANSUR PINTO BORGES	NOVASOURCE GC 1.5	40 ML/H SNE	N	
NOME: SILVIA ALVES BORGES DE SOUSA					
ATENDIMENT: 4453093 NOME: SILVIA ALVES BORGES DE SOUSA CONV: SIH DATA NASC: 06/06/1986 LEITO: 910-A SETOR: UNI					
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT

Impresso por MALISA



### Ficha de Avaliação e Evolução em Terapia Nutricional

Nome: SANTA CASA RIO PRETO SENHA  
**ANA FRANCISCA DOS SANTOS GAIA**  
 Mãe: ELVIRA FRANCISCA DOS SANTOS  
 Nome Social: 4468045  
 Médico: MedEMANUEL PEDRO DE CAR Nasc02/11/1931 Id: 93  
 Conv.SIH - SUS INTERNACAO Sexo: F Leito907-A  
 Data de Dt.At.: 10/12/24 Hora:13:53 Pront.748774 INTERNACAO  
 Sexo: Quarto - Leito: 907 - A  
 Convênio: SUS  
 Hipótese Diagnóstico/Antecedentes: *KNM / trauma de face*

Avaliação Nutricional	Data: <i>10/12/24</i>	
Condição Física		
Dieta Via Oral	<input type="checkbox"/> Deambula	<input checked="" type="checkbox"/> Acamado(a)
	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Dieta: _____
Complemento Nutricional Oral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Complemento: _____	
Dieta Enteral	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Dieta: <i>Formula Terapêutica</i> Volume: <i>200ml 16x/dia</i>
Complemento Nutricional Enteral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Complemento: _____	
Alergia ou intolerância alimentar	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
	Qual: _____	
Alteração Apetite	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Disfagia	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
Vômitos	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
Evacuação	<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Obstipação
Lado Medido	<input type="checkbox"/> Direito	<i>Normal</i> <input checked="" type="checkbox"/> Esquerdo
Altura do joelho (AJ)		
Circunferência da Panturrilha (CP)	<i>50 cm</i>	
Circunferência do Braço (CB)	<i>24 cm</i>	
Dobra Cutânea Tricipital (PCT)	<i>23 cm</i>	
Peso Habitual		
Estatura	<input checked="" type="checkbox"/> Estimada	<input type="checkbox"/> Mensurada
Peso Atual	<input checked="" type="checkbox"/> Estimada	<input type="checkbox"/> Mensurada
IMC	<i>1,56 m</i> <i>50 Kg</i> <i>21 Kg/m<sup>2</sup></i>	
Peso Ideal		
% de Perda de Peso		
Diagnóstico Nutricional	<i>Desnutrição</i>	
Necessidade Energética Total	<i>1.780 Kcal</i>	
Necessidade Proteica Total	<i>77g</i>	



## Flhe de Avaliação e Evolução em Terapia Nutricional

Nome: SANTA CASA RIO PRETO  
 ANTONIO CARLOS DE LIMA  
 Mãe: ANTONIETA EVANGELINA DE JESUS  
 Nome Social:  4464870  
 Médico: Méd. CARLOS ADRIANO SEVER Nasco: 01/07/1945 Id: 79 Sexo: Quarto - Leito: 614-B  
 Conv. SIH - SUS INTERNACAO Sexo: M Leito: 614-B  
 Data de Dt. At.: 09/12/24 Hora: 07:01 Pront. 1154099 INTERNACAO  
 Convênio: 505

Hipótese Diagnóstico/Antecedentes: TV central - GBM / afasia e hemiplégica

Avaliação Nutricional	Data: 01/2/24	
Condição Física	<input type="checkbox"/> Deambula <input checked="" type="checkbox"/> Acamado(a)	
Dieta Via Oral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Dieta: _____	
Complemento Nutricional Oral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Complemento: _____	
Dieta Enteral	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Dieta: <u>Amulim Energy</u> Volume: <u>200ml 1x/dia</u>	
Complemento Nutricional Enteral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Complemento: _____	
Alergia ou intolerância alimentar	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Alteração Apetite	Qual: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Disfagia	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Vômitos	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Evacuação	<input type="checkbox"/> Diarreia <input checked="" type="checkbox"/> Obstipação	
Lado Medido	<input type="checkbox"/> Direito <input type="checkbox"/> Esquerdo	
Altura do joelho (AJ)		
Circunferência da Panturrilha (CP)		
Circunferência do Braço (CB)		
Dobra Cutânea Tricipital (PCT)		
Peso Habitual		
Estatuta	<input type="checkbox"/> Estimada <input checked="" type="checkbox"/> Mensurada	
Peso Atual	<input type="checkbox"/> Estimada <u>1,60m</u> <input checked="" type="checkbox"/> Mensurada	
IMC	<u>53Kg</u>	
Peso Ideal	<u>21Kg/m<sup>2</sup></u>	
% de Perda de Peso		
Diagnóstico Nutricional	<u>Risco Nutricional</u>	
Necessidade Energética Total	<u>1.855 Kcal</u>	
Necessidade Proteica Total	<u>80g</u>	



**SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO**  
COMPROSSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



00907 - CENSO DIETAS  
DATA - 10/12/2024 ate 10/12/2024 . PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N . CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO)-50001059,50000822,5000194[...]  
CODIGO DO SETOR (CENTRO DE CUSTO) PREDOMINANTE-000198,000004,000188,0001[...]

NOME : ANA FRANCISCA DOS SANTOS GAIA

ATENDIMENT : 4466845 NOME : ANA FRANCISCA DOS SANTOS GAIA CONV : SIH DATA NASC : 02/11/1931 LEITO : 907-A SETOR : UNI  
PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRIÇÃO DIETA ENTERAL PADRONIZADA OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT  
394129 NOME : ANA LUCIA DE FREITAS DIETA ENTERAL PADRONIZADA N PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT

ATENDIMENT : 4465533 NOME : ANA LUCIA DE FREITAS

PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRIÇÃO DIETA ENTERAL PADRONIZADA OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT  
393768 NOME : ANA LUCIA DE FREITAS DIETA ENTERAL PADRONIZADA N PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT  
393768 NOME : ANTONIO CARLOS DE LIMA DIETA ENTERAL PADRONIZADA N PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT

ATENDIMENT : 4464678 NOME : ANTONIO CARLOS DE LIMA

PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRIÇÃO DIETA ENTERAL PADRONIZADA OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT  
393799 NOME : ANTONIO CARLOS DE LIMA DIETA ENTERAL PADRONIZADA N PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT  
NOME : ARLETE PEDRETTI OLIVEIRA

ATENDIMENT : 4450038 NOME : ARLETE PEDRETTI OLIVEIRA

PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRIÇÃO NOVASOURCE GC 1.5 OBSERVAÇÕES 40 ML/H SNE N PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT  
393834 NOME : ARLETE PEDRETTI OLIVEIRA NOVASOURCE GC 1.5 N PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT  
NOME : ELIANA APARECIDA MARQUES DOS SANTOS

ATENDIMENT : 4440155 NOME : ELIANA APARECIDA MARQUES DOS SANTOS

PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRIÇÃO NOVASOURCE GC 1.5 OBSERVAÇÕES POE SNE 30 ML/H EM BI N PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT  
394844 NOME : ELIANA APARECIDA MARQUES DOS SANTOS CONV : SIH DATA NASC : 25/03/1957 LEITO : 918-A SETOR : UNI  
EMANUEL PEDRO DE CARVALHO TAUYR

Impressão por: WAI19A

LGPD: Relatório pode conter dados pessoais e/ou sensíveis, recomenda-se a destruição após o uso



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
COMISSÃO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



00907 - CENSO DIETAS  
DATA - 10/12/2024 ate 10/12/2024 . PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N. CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO)-50001059.50000822.50001941.]  
CODIGO DO SETOR (CENTRO DE CUSTO) PREDOMINANTE-000198.000004.000188.00011.]

ATENDEMENTO: 4463815

NOME: MARCIA ROBERTA DE CAMARGO GUERREIRO

CONV: SIH DATA NASC: 16/02/1971

LEITO: 989-A

SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

393765 MIGUEL AUGUSTO RODRIGUES DEL PINO

DESCRIÇÃO

NOVASOURCE GC 1.5

OBSERVAÇÕES

POR SNE 30 ML/H EM BI

PRESCRIÇÃO CANCELADA

N

MOTIVO CANCELAMENT

NOME: MARIA APARECIDA DOS SANTOS FARIA

ATENDEMENTO: 4447303

NOME: MARIA APARECIDA DOS SANTOS FARIA

CONV: SIH DATA NASC: 17/11/1961

LEITO: 619-A

SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

394007 EMANUEL PEDRO DE CARVALHO TAUYR

DESCRIÇÃO

NOVASOURCE GC 1.5

OBSERVAÇÕES

POR SNE 40 ML/H EM BI

PRESCRIÇÃO CANCELADA

N

MOTIVO CANCELAMENT

NOME: MARIA NEUSA PEREIRA FERREIRA DA SILVA

ATENDEMENTO: 4463642

NOME: MARIA NEUSA PEREIRA FERREIRA DA SILVA

CONV: SIH DATA NASC: 08/03/1946

LEITO: 901-A

SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

393682 ESTER CRISTINA DE ALMEIDA ZEITUNI

DESCRIÇÃO

DIETA ENTERAL PADRONIZADA

OBSERVAÇÕES

PRESCRIÇÃO CANCELADA

N

MOTIVO CANCELAMENT

NOME: MILTON DA SILVA FIOCHI

ATENDEMENTO: 4447502

NOME: MILTON DA SILVA FIOCHI

CONV: SIH DATA NASC: 23/03/1971

LEITO: 609-B

SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

393714 APARECIDO PEREIRA NETO

DESCRIÇÃO

FRESUBIN ENERGY

OBSERVAÇÕES

30 ML/H SNE

PRESCRIÇÃO CANCELADA

N

MOTIVO CANCELAMENT

NOME: ROSANA DE SOUZA LIMA

ATENDEMENTO: 4461767

NOME: ROSANA DE SOUZA LIMA

CONV: SIH DATA NASC: 26/02/1961

LEITO: 486-B

SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

393957

DESCRIÇÃO

FRESUBIN ENERGY

OBSERVAÇÕES

30ML/H

PRESCRIÇÃO CANCELADA

N

MOTIVO CANCELAMENT

NOME: SEBASTIAO SALVADOR GONCALVES

ATENDEMENTO: 4458038

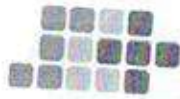
NOME: SEBASTIAO SALVADOR GONCALVES

CONV: SIH DATA NASC: 09/11/1953

LEITO: 614-B

SETOR: UNI

Impresso por: MAISA



## Flhe de Avaliação e Evolução em Terapia Nutricional

**Nome:** SANTA CASA RIO PRETO  
**MADALENA RODRIGUES DIONISIO**  
**Data d** Mãe: HERMELINDA GONCALVES BUENO  
**Médic:** Nome Social: Méd. EMANUEL PEDRO DE CAR  
 Conv. SIH - SUS INTERNACAO Nasc: 06/11/1957 Id: 87  
 Dt. At.: 04/12/24 Hora: 17:27 Pront. 1078715 INTERNACAO Sexo: F Leito: 802-A  
**Hipótese Diagnóstico/Antecedentes:** *Alaque Dejetiva*

**Sexo:** Quarto - Leito: *802-A*  
**Convênio:** *SUS*

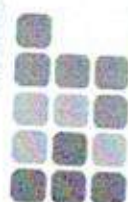
Avaliação Nutricional		Data:
Condição Física		<i>11/02/24</i>
Dieta Via Oral	( ) Deambula (x) Acamado(a)	
Complemento Nutricional Oral	( ) Sim (x) Não Dieta: _____	
Dieta Enteral	( ) Sim (x) Não Complemento: _____	
Complemento Nutricional Enteral	(x) Sim ( ) Não Dieta: <i>Nutrosuco GCL5</i> Volume: <i>30ml/d</i>	
Alergia ou intolerância alimentar	( ) Sim (x) Não	
Alteração Apetite	Qual: _____ ( ) Sim (x) Não	
Disfagia	( ) Sim (x) Não	
Vômitos	( ) Sim (x) Não	
Evacuação	( ) Diarreia ( ) Obstipação	
Lado Medido	( ) Direito <i>Normal</i> ( ) Esquerdo	
Altura do Joelho (AJ)		
Circunferência da Panturrilha (CP)		
Circunferência do Braço (CB)		
Dobra Cutânea Tricipital (PCT)		
Peso Habitual		
Estatura	( ) Estimada (x) Mensurada	
Peso Atual	( ) Estimada (x) Mensurada	<i>1,53m</i>
IMC		<i>54 Kg</i>
Peso Ideal		<i>23 Kg/m<sup>2</sup></i>
% de Perda de Peso		
Diagnóstico Nutricional		<i>Antropia</i>
Necessidade Energética Total		<i>1.734 Kcal</i>
Necessidade Proteica Total		<i>65g</i>



## Ficha de Avaliação e Evolução em Terapia Nutricional

Nome: SANTA CASA RIO PRETO  
 ROSANA DE SOUZA LIMA  
 Mãe: MARIA APARECIDA MARTINS DE SOUZA  
 Nome Social: 4481767  
 Médico: MédREGINALDO PEREIRA DE Nasc 26/02/1961 Id: 33  
 Conv. SIH - SUS INTERNACAO Sexo: F Leito: 406-B  
 Data d: Dt. At.: 05/12/24 Hora: 08:09 Pront. 908755 INTERNACAO  
 Sexo: Quarto - Leito: 406-B  
 Convênio: SUS  
 Hipótese Diagnóstico/Antecedentes: *Di RNM com DPOC*

Avaliação Nutricional	Data: <i>10/12/24</i>	
Condição Física		
Dieta Via Oral	<input checked="" type="checkbox"/> Deambula	<input type="checkbox"/> Acamado(a)
Complemento Nutricional Oral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Dieta: _____
Dieta Enteral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Complemento: _____
Complemento Nutricional Enteral	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Dieta: <i>Formula Energy</i> Volume: <i>30ml/h</i>
Alergia ou intolerância alimentar	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
Alteração Apetite	Qual: _____	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
Disfagia	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
Vômitos	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
Evacuação	<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Obstipação
Lado Medido	<input type="checkbox"/> Direito <i>Normal</i>	<input type="checkbox"/> Esquerdo
Altura do joelho (AJ)		
Circunferência da Panturrilha (CP)		
Circunferência do Braço (CB)		
Dobra Cutânea Tricipital (PCT)		
Peso Habitual		
Estatura	<input type="checkbox"/> Estimada	<input checked="" type="checkbox"/> Mensurada
Peso Atual	<input type="checkbox"/> Estimada	<input checked="" type="checkbox"/> Mensurada
IMC	<i>1,53m</i>	
Peso Ideal	<i>40kg</i>	
% de Perda de Peso	<i>17kg/m<sup>2</sup></i>	
Diagnóstico Nutricional		
Necessidade Energética Total	<i>Demulção</i>	
Necessidade Proteica Total	<i>1.600kcal</i>	
	<i>60g</i>	



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



DATA - 11/12/2024 ate 11/12/2024 - PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N, CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO)-50001059, 50000822, 50001941...]  
CODIGO DO SETOR (CENTRO DE CUSTO), PREDOMINANTE-000198,000004,000188,0001...]  
00907 - CENSO DIETAS

NOME: ANA FRANCISCA DOS SANTOS GAIA

ATENDIMENT: 4466045 NOME: ANA FRANCISCA DOS SANTOS GAIA CONV: SIH DATA NASC: 02/11/1931 LEITO: 907-A SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO EMANUEL PEDRO DE CARVALHO TAUAYR DESCRIÇÃO DIETA ENTERAL PADRONIZADA OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT

NOME: ANGELICA DA SILVA FRANCISCO

ATENDIMENT: 4466915 NOME: ANGELICA DA SILVA FRANCISCO CONV: SIH DATA NASC: 28/08/1974 LEITO: 812-A SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO LIVIA MARIA MORAES DUMONT DESCRIÇÃO DIETA ENTERAL OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT

NOME: ANTONIO CARLOS DE LIMA

ATENDIMENT: 4464670 NOME: ANTONIO CARLOS DE LIMA CONV: SIH DATA NASC: 01/07/1945 LEITO: 614-B SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO CARLOS ADRIANO SEVERINO DA SILVA DESCRIÇÃO DIETA ENTERAL PADRONIZADA OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT

NOME: ARLETE PEDRETTI OLIVEIRA

ATENDIMENT: 4458038 NOME: ARLETE PEDRETTI OLIVEIRA CONV: SIH DATA NASC: 02/09/1958 LEITO: 807-A SETOR: UNI

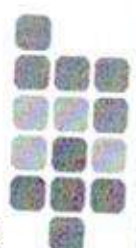
PRESCRIÇÃO MÉDICO ANA BEATRIZ THOME DORIA DESCRIÇÃO NOVASOURCE GC 1.5 OBSERVAÇÕES 40 ML/H SNE PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT

NOME: ELIANA APARECIDA MARQUES DOS SANTOS

ATENDIMENT: 4440155 NOME: ELIANA APARECIDA MARQUES DOS SANTOS CONV: SIH DATA NASC: 25/03/1957 LEITO: 910-A SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO EMANUEL PEDRO DE CARVALHO TAUAYR DESCRIÇÃO NOVASOURCE GC 1.5 OBSERVAÇÕES POE SNE 30 ML/H EM BI PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT

Impresso por: WATSON



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
COMPROVASSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



00907 - CENSO DIETAS  
DATA - 11/12/2024 ate 11/12/2024 .PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N. CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO)-50001059.50000822.5000194...J  
CODIGO DO SETOR (CENTRO DE CUSTO) PREDOMINANTE-000198.000004.000188.00011...J

ATENDIMENT:	4463815	NOME:	MARCIA ROBERTA DE CAMARGO GUERREIRO	CONV:	SIH	DATA NASC:	16/02/1971	LEITO:	909-A	SETOR:	UNI
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	394629	MIGUEL AUGUSTO RODRIGUES DEL PINO	DESCRICAÇÃO	NOVASOURCE GC 1.5	OBSERVAÇÕES	POR SNE 30 ML/H EM BI	PRESCRIÇÃO	CANCELADA	MOTIVO	CANCELAMENT
NOME:	MARIA HELENA DA SILVA TEIXEIRA										
ATENDIMENT:	4463805	NOME:	MARIA HELENA DA SILVA TEIXEIRA	CONV:	SIH	DATA NASC:	13/08/1945	LEITO:	909-A	SETOR:	UNI
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	394839	NOVASOURCE GC 1.5	DESCRICAÇÃO	NOVASOURCE GC 1.5	OBSERVAÇÕES	30ML/H	PRESCRIÇÃO	CANCELADA	MOTIVO	CANCELAMENT
NOME:	MARIA NEUSA PEREIRA FERREIRA DA SILVA										
ATENDIMENT:	4463642	NOME:	MARIA NEUSA PEREIRA FERREIRA DA SILVA	CONV:	SIH	DATA NASC:	08/03/1946	LEITO:	901-A	SETOR:	UNI
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	394551	ESTER CRISTINA DE ALMEIDA ZEITUNI	DESCRICAÇÃO	DIETA ENTERAL PADRONIZADA	OBSERVAÇÕES		PRESCRIÇÃO	CANCELADA	MOTIVO	CANCELAMENT
394581	ESTER CRISTINA DE ALMEIDA ZEITUNI										
NOME:	MILTON DA SILVA FIOCHI										
ATENDIMENT:	4447502	NOME:	MILTON DA SILVA FIOCHI	CONV:	SIH	DATA NASC:	23/03/1971	LEITO:	609-B	SETOR:	UNI
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	394548	BRUNO NASCIMENTO BETTENCOURT DA SILVA	DESCRICAÇÃO	FRESUBIN ENERGY	OBSERVAÇÕES	30 ML/H SNE	PRESCRIÇÃO	CANCELADA	MOTIVO	CANCELAMENT
NOME:	ROSANA DE SOUZA LIMA										
ATENDIMENT:	4461767	NOME:	ROSANA DE SOUZA LIMA	CONV:	SIH	DATA NASC:	26/02/1961	LEITO:	406-B	SETOR:	UNI
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	394654	EDUARDO MAYRHOFFER SARGI	DESCRICAÇÃO	FRESUBIN ENERGY	OBSERVAÇÕES	30ML/H	PRESCRIÇÃO	CANCELADA	MOTIVO	CANCELAMENT
NOME:	SEBASTIAO SALVADOR GONCALVES										

Impressão por MATISA

LGPD: Relatório pode conter dados pessoais e/ou sensíveis, recomenda-se a destruição após o uso



### Ficha de Avaliação e Evolução em Terapia Nutricional

Nome	SANTA CASA RIO PRETO ANA LUCIA DE FREITAS	SENHA	
Data c	Mãe: DORACINA EMILIA DE FREITAS Nome Social: 4465533		Sexo: Quarto - Leito: 611-A
Médic	MéDSTER ZEITUNI Conv.SIH - SUS INTERNACAO	Nasc02/03/1958 Id: 66	
Data c	Di.At.: 10/12/24 Hora08:47 Pront.720522 INTERRACAO		Convênio: 505
Hipótese Diagnóstico/Antecedentes: CA adrenal / AVC / HAS			

Avaliação Nutricional	Data: 12/12/24		
Condição Física	<input type="checkbox"/> Deambula <input checked="" type="checkbox"/> Acamado(a)		
Dieta Via Oral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Dieta: _____	
Complemento Nutricional Oral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Complemento: _____	
Dieta Enteral	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Dieta: <u>Sucralina Energy</u> Volume: <u>200 ml 1x/dia</u>	
Complemento Nutricional Enteral	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Complemento: _____	
Alergia ou intolerância alimentar	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Qual: _____		
Alteração Apetite	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		
Disfagia	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		
Vômitos	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		
Evacuação	<input type="checkbox"/> Diarreia <input checked="" type="checkbox"/> Obstipação		
Lado Medido	<input type="checkbox"/> Direito <u>Normal</u> <input type="checkbox"/> Esquerdo		
Altura do joelho (AJ)			
Circunferência da Panturrilha (CP)			
Circunferência do Braço (CB)			
Dobra Cutânea Tricipital (PCT)			
Peso Habitual			
Estatura	<input type="checkbox"/> Estimada <input checked="" type="checkbox"/> Mensurada		
Peso Atual	<input type="checkbox"/> Estimada <u>1,70m</u> <input checked="" type="checkbox"/> Mensurada		
IMC	<u>8,5 Kg</u>		
Peso Ideal	<u>29 Kg / 1,70<sup>2</sup></u>		
% de Perda de Peso			
Diagnóstico Nutricional	<u>Obesidade</u>		
Necessidade Energética Total	<u>2.550 Kcal</u>		
Necessidade Proteica Total	<u>102g</u>		



### Ficha de Avaliação e Evolução em Terapia Nutricional

Nom	SANTA CASA RIO PRETO ELIES AUGUSTO CURY	
Data	Mãe: MARIA JOSE GUIMARAES Nome Social: _____	Sexo: _____ Quarto - Leito: <u>Enfermaria - Emerg. SUS</u>
Médi	Méd: DANILLO VENDRAME VIVA Conv. SIH - SUS INTERNACAO	Nasc: 14/09/1950 Id: 74 Sexo: M Leito: ASC02 Convênio: <u>SUS</u>
Data	Dt. At.: 11/12/24 Hora: 10:45 Pront. 973108 INTERNACAO	
Hipótese Diagnóstico/Antecedentes:	<u>TU cerebral metastática irresecável 1ª indicação de tratamento cirúrgico</u>	
Avaliação Nutricional	Data: <u>12/12/24</u>	
Condição Física	<input checked="" type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Acamado(a)	
Dieta Via Oral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Dieta: _____	
Complemento Nutricional Oral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Complemento: _____	
Dieta Enteral	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Dieta: <u>Granulin Energy</u> Volume: <u>220ml 1x/dia</u>	
Complemento Nutricional Enteral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Complemento: _____	
Alergia ou intolerância alimentar	Qual: _____ <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Alteração Apetite	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Disfagia	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Vômitos	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Evacuação	<input type="checkbox"/> Diarreia <input checked="" type="checkbox"/> Obstipação	
Lado Medido	<input type="checkbox"/> Direito <input type="checkbox"/> Esquerdo	
Altura do joelho (AJ)		
Circunferência da Panturrilha (CP)		
Circunferência do Braço (CB)		
Dobra Cutânea Tricipital (PCT)		
Peso Habitual		
Estatura	<input type="checkbox"/> Estimada <input checked="" type="checkbox"/> Mensurada	
Peso Atual	<input type="checkbox"/> Estimada <input checked="" type="checkbox"/> Mensurada	
IMC	<u>1.70m</u> <u>58Kg</u> <u>20Kg/m<sup>2</sup></u>	
Peso Ideal		
% de Perda de Peso		
Diagnóstico Nutricional	<u>Desnutrição</u>	
Necessidade Energética Total	<u>2.030 Kcal</u>	
Necessidade Proteica Total	<u>87g</u>	



R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



00907 - CENSO DIETAS

DATA - 12/12/2024 ate 12/12/2024 , PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N. CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO)-50001059,50000822,5000194f[...] CODIGO DO SETOR (CENTRO DE CUSTO) PREDOMINANTE-000198,0000004,000188,0001[...] ]

NOME : ANA FRANCISCA DOS SANTOS GAIA

ATENDIMENT : 4466045      NOME : ANA FRANCISCA DOS SANTOS GAIA      CONV: SIH      DATA NASC: 02/11/1931      LETTO: 907-A      SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO      EMANUEL PEDRO DE CARVALHO TAUYR      DESCRIÇÃO      DIETA ENTERAL PADRONIZADA      OBSERVAÇÕES      N      PRESCRIÇÃO CANCELADA      MOTIVO CANCELAMENT

NOME : ANA LUCIA DE FREITAS

ATENDIMENT : 4465533      NOME : ANA LUCIA DE FREITAS      CONV: SIH      DATA NASC: 02/03/1958      LETTO: 611-A      SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO      395402      DIETA ENTERAL PADRONIZADA      OBSERVAÇÕES      N      PRESCRIÇÃO CANCELADA      MOTIVO CANCELAMENT

NOME : ANGELICA DA SILVA FRANCISCO

ATENDIMENT : 4466915      NOME : ANGELICA DA SILVA FRANCISCO      CONV: SIH      DATA NASC: 28/08/1974      LETTO: 812-A      SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO      395746      LUCIANA MANSUR PINTO BORGES      FRESUBIN ENERGY      OBSERVAÇÕES      30 ML/H SNE      N      PRESCRIÇÃO CANCELADA      MOTIVO CANCELAMENT

NOME : ANTONIO CARLOS DE LIMA

ATENDIMENT : 4464670      NOME : ANTONIO CARLOS DE LIMA      CONV: SIH      DATA NASC: 01/07/1945      LETTO: 614-B      SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO      395542      CARLOS ADRIANO SEVERINO DA SILVA      DIETA ENTERAL PADRONIZADA      OBSERVAÇÕES      N      PRESCRIÇÃO CANCELADA      MOTIVO CANCELAMENT

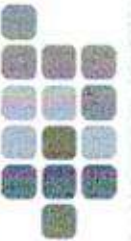
NOME : ARLETE PEDRETTI OLIVEIRA

ATENDIMENT : 4450038      NOME : ARLETE PEDRETTI OLIVEIRA      CONV: SIH      DATA NASC: 02/09/1958      LETTO: 807-A      SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO      395483      RODRIGO CARREIRA GERALDE      NOVASOURCE GC 1.5      OBSERVAÇÕES      40 ML/H SNE      N      PRESCRIÇÃO CANCELADA      MOTIVO CANCELAMENT

NOME : ELIANA APARECIDA MARQUES DOS SANTOS

Impresso por: MAISA



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
COMPARTESSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



00907 - CENSO DIETAS

DATA - 12/12/2024 ate 12/12/2024 - PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N. CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO)-50001059.50000822.5000194[...]  
CODIGO DO SETOR (CENTRO DE CUSTO) PREDOMINANTE-000198.000004.000188.0001[...]

PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
395408	CARLOS EDUARDO GRASSI MAZZETTO	NOVASOURCE GC 1.5	40 ML/H	N	
NOME: MADALENA RODRIGUES DIONISIO					
ATENIMENTO: 4461430 NOME: MADALENA RODRIGUES DIONISIO CONV: SIH DATA NASC: 06/11/1957 LETITO: 802-A SETOR: UNI					
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
395406	MIGUEL AUGUSTO RODRIGUES DEL PINO	NOVASOURCE GC 1.5	POE SNE 30 ML/H EM BI	N	
NOME: MARCIA ROBERTA DE CAMARGO GUERREIRO					
ATENIMENTO: 4463815 NOME: MARCIA ROBERTA DE CAMARGO GUERREIRO CONV: SIH DATA NASC: 16/02/1971 LETITO: 909-A SETOR: UNI					
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
395565	MIGUEL AUGUSTO RODRIGUES DEL PINO	NOVASOURCE GC 1.5	POR SNE 30 ML/H EM BI	N	
NOME: MARIA HELENA DA SILVA TEIXEIRA					
ATENIMENTO: 4463805 NOME: MARIA HELENA DA SILVA TEIXEIRA CONV: SIH DATA NASC: 13/08/1945 LETITO: 909-A SETOR: UNI					
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
395568	CARLOS EDUARDO GRASSI MAZZETTO	NOVASOURCE GC 1.5	30ML/H	N	
NOME: MARIA NEUSA PEREIRA FERREIRA DA SILVA					
ATENIMENTO: 4463642 NOME: MARIA NEUSA PEREIRA FERREIRA DA SILVA CONV: SIH DATA NASC: 08/03/1946 LETITO: 901-A SETOR: UNI					
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
395436	ESTER CRISTINA DE ALMEIDA ZEITUNI	DIETA ENTERAL PADRONIZADA		N	
NOME: MILTON DA SILVA FIOCHI					
ATENIMENTO: 4447502 NOME: MILTON DA SILVA FIOCHI CONV: SIH DATA NASC: 23/03/1971 LETITO: 609-B SETOR: UNI					
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT

Impressão por NALISA



## Ficha de Avaliação e Evolução em Terapia Nutricional

Nome:	SANTA CASA RIO PRETO EUDORIDES AGUIAR	SEXO:	Quarto - Leito: 801-A
Data c:	Mãe: CONCEICAO AGUIAR Nome Social: 4462578		
Médic:	MédEMANUEL PEDRO DE CAR Conv.SIH - SUS INTERNACAO	Nasc02/01/1942 Id: 83 Sexo: M Leito801 - A	
Data c:	Dt.At.: 05/12/24 Hora23:32 Pront.975771 INTERNACAO	Convênio:	SUS
Hipótese Diagnóstico/Antecedentes:	cardiopata / HAS / DM / Tm grande / Sequela Neurológica		
Avaliação Nutricional	Data: 13/12/24		
Condição Física	<input type="checkbox"/> Deambula <input checked="" type="checkbox"/> Acamado(a)		
Dieta Via Oral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Dieta: _____		
Complemento Nutricional Oral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Complemento: _____		
Dieta Enteral	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Dieta: <u>Amultra Energy</u> Volume: <u>220ml 6x/dia</u>		
Complemento Nutricional Enteral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Complemento: _____		
Alergia ou intolerância alimentar	Qual: _____ <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		
Alteração Apetite	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Disfagia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Vômitos	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		
Evacuação	<input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Obstipação <u>Normal</u>		
Lado Medido	<input type="checkbox"/> Direito <input type="checkbox"/> Esquerdo		
Altura do joelho (AJ)			
Circunferência da Panturrilha (CP)			
Circunferência do Braço (CB)			
Dobra Cutânea Tricipital (PCT)			
Peso Habitual			
Estatura	<input type="checkbox"/> Estimada <input checked="" type="checkbox"/> Mensurada		
Peso Atual	<input type="checkbox"/> Estimada <input checked="" type="checkbox"/> Mensurada <u>1,90m</u> <u>90kg</u>		
IMC	<u>25kg/m<sup>2</sup></u>		
Peso Ideal			
% de Perda de Peso			
Diagnóstico Nutricional	<u>Autrofia</u>		
Necessidade Energética Total	<u>2.250 Kcal</u>		
Necessidade Proteica Total	<u>108g</u>		



## Ficha de Avaliação e Evolução em Terapia Nutricional

Nome: SANTA CASA RIO PRETO <b>DARVIM CARLOS FENERICH</b>		SENHA
Data d	Mãe: LUZIA VANDER FENERICH Nome Social: 4463986	Sexo: Quarto - Leito: <b>808-B</b>
Médico	MéDSTER ZEITUNI Nasc: 08/04/1953 Id: 71 Conv. SIH - SUS INTERNACAO Sexo: M Leito 808-B	
Data d	Di. At.: 08/12/24 Hora: 16:29 Pront.: 11410511 INTERNACAO	Convênio: <b>SUS</b>
Hipótese Diagnóstico/Antecedentes: <b>HDA</b>		
Avaliação Nutricional		Data: <b>13/12/24</b>
Condição Física		<input checked="" type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Acamado(a)
Dieta Via Oral		<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Dieta: _____
Complemento Nutricional Oral		<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Complemento: _____
Dieta Enteral		<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Dieta: <b>Amulim Energy 1.5</b> Volume: <b>200 ml / 6x/dia</b>
Complemento Nutricional Enteral		<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Complemento: _____
Alergia ou intolerância alimentar		Qual: _____ <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
Alteração Apetite		<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Disfagia		<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
Vômitos		<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
Evacuação		<input checked="" type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Obstipação
Lado Medido		<input type="checkbox"/> Direito <input checked="" type="checkbox"/> Esquerdo
Altura do joelho (AJ)		
Circunferência da Panturrilha (CP)		<b>55 cm</b>
Circunferência do Braço (CB)		<b>27 cm</b>
Dobra Cutânea Tricipital (PCT)		<b>23 cm</b>
Peso Habitual		
Estatura		<input checked="" type="checkbox"/> Estimada <input type="checkbox"/> Mensurada
Peso Atual		<input checked="" type="checkbox"/> Estimada <b>1.72 m</b> <input type="checkbox"/> Mensurada
IMC		<b>55 kg</b>
Peso Ideal		<b>57 kg / m<sup>2</sup></b>
% de Perda de Peso		
Diagnóstico Nutricional		<b>Desnutrido</b>
Necessidade Energética Total		<b>1.920 Kcal</b>
Necessidade Proteica Total		<b>83g</b>



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



00907 - CENSO DIETAS

DATA - 13/12/2024 ate 13/12/2024. PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N. CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVICIO)-50001059.50000822.5000194[...]  
CODIGO DO SETOR (CENTRO DE CUSTO) PREDOMINANTE-000198.000004.000188.0001[...]

NOME: ANA FRANCISCA DOS SANTOS GATA

ATENDIMENT: 4466045 NOME: ANA FRANCISCA DOS SANTOS GATA

CONV: SIH DATA NASC: 02/11/1931

LEITO: 907-A

SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

DESCRIÇÃO

OBSERVAÇÕES

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

396710 EMANUEL PEDRO DE CARVALHO TAUIR

DIETA ENTERAL PADRONIZADA

N

NOME: ANA LUCIA DE FREITAS

ATENDIMENT: 4465533 NOME: ANA LUCIA DE FREITAS

CONV: SIH DATA NASC: 02/03/1958

LEITO: 611-A

SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

DESCRIÇÃO

OBSERVAÇÕES

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

396283 ESTER CRISTINA DE ALMEIDA ZEITONI

DIETA ENTERAL PADRONIZADA

N

NOME: ANGELICA DA SILVA FRANCISCO

ATENDIMENT: 4466915 NOME: ANGELICA DA SILVA FRANCISCO

CONV: SIH DATA NASC: 28/08/1974

LEITO: 812-A

SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

DESCRIÇÃO

OBSERVAÇÕES

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

396524 APARECIDO PEREIRA NETO

FRESUBIN ENERGY

N

NOME: ARLETE PEDRETTI OLIVEIRA

ATENDIMENT: 4450038 NOME: ARLETE PEDRETTI OLIVEIRA

CONV: SIH DATA NASC: 02/09/1958

LEITO: 807-A

SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

DESCRIÇÃO

OBSERVAÇÕES

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

396575 ANA RACHEL DE OLIVEIRA VERMEJO

NOVASOURCE GC 1.5

N

NOME: DARVIN CARLOS FENERICH

ATENDIMENT: 4463968 NOME: DARVIN CARLOS FENERICH

CONV: SIH DATA NASC: 08/04/1953

LEITO: 808-B

SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

DESCRIÇÃO

OBSERVAÇÕES

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

396196

DIETA ENTERAL PADRONIZADA

N

NOME: ELIANA APARECIDA MARQUES DOS SANTOS

Impressão por: MARISA



**SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO**  
COMROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



00907 - CENSO DIETAS

DATA - 13/12/2024 ate 13/12/2024 - PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N. CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO)-50001059.50000822.5000194[...]  
CODIGO DO SETOR (CENTRO DE CUSTO) PREDOMINANTE-000198.000004.000188.0001[...] ]

ATENDIMENT:	4451914	NOME:	LUCIA APARECIDA DE SOUZA	CONV:	SIH	DATA NASC:	17/12/1953	LEITO:	618-A	SETOR:	UNI
<b>PRESCRIÇÃO</b>	<b>MEDICO</b>	<b>EDUARDO MAYRHOFFER SARGI</b>	<b>NOVASOURCE GC 1.5</b>	<b>OBSERVAÇÕES</b>		<b>40 ML/H</b>		<b>PRESCRIÇÃO CANCELADA</b>		<b>MOTIVO CANCELAMENT</b>	
NOME: MADALENA RODRIGUES DIONISIO											
ATENDIMENT:	4461430	NOME:	MADALENA RODRIGUES DIONISIO	CONV:	SIH	DATA NASC:	06/11/1957	LEITO:	802-A	SETOR:	UNI
<b>PRESCRIÇÃO</b>	<b>MEDICO</b>	<b>MIGUEL AUGUSTO RODRIGUES DEL PINO</b>	<b>NOVASOURCE GC 1.5</b>	<b>OBSERVAÇÕES</b>		<b>POE SNE 30 ML/H EM BI</b>		<b>PRESCRIÇÃO CANCELADA</b>		<b>MOTIVO CANCELAMENT</b>	
NOME: MARCIA ROBERTA DE CAMARGO GUERREIRO											
ATENDIMENT:	4463815	NOME:	MARCIA ROBERTA DE CAMARGO GUERREIRO	CONV:	SIH	DATA NASC:	16/02/1971	LEITO:	909-A	SETOR:	UNI
<b>PRESCRIÇÃO</b>	<b>MEDICO</b>	<b>MIGUEL AUGUSTO RODRIGUES DEL PINO</b>	<b>NOVASOURCE GC 1.5</b>	<b>OBSERVAÇÕES</b>		<b>POR SNE 30 ML/H EM BI</b>		<b>PRESCRIÇÃO CANCELADA</b>		<b>MOTIVO CANCELAMENT</b>	
NOME: MARIA HELENA DA SILVA TEIXEIRA											
ATENDIMENT:	4463805	NOME:	MARIA HELENA DA SILVA TEIXEIRA	CONV:	SIH	DATA NASC:	13/08/1945	LEITO:	909-A	SETOR:	UNI
<b>PRESCRIÇÃO</b>	<b>MEDICO</b>	<b>EDUARDO MAVRHOFFER SARGI</b>	<b>NOVASOURCE GC 1.5</b>	<b>OBSERVAÇÕES</b>		<b>30ML/H</b>		<b>PRESCRIÇÃO CANCELADA</b>		<b>MOTIVO CANCELAMENT</b>	
NOME: MARIA NEUSA PEREIRA FERREIRA DA SILVA											
ATENDIMENT:	4463642	NOME:	MARIA NEUSA PEREIRA FERREIRA DA SILVA	CONV:	SIH	DATA NASC:	08/03/1946	LEITO:	901-A	SETOR:	UNI
<b>PRESCRIÇÃO</b>	<b>MEDICO</b>	<b>ESTER CRISTINA DE ALMEIDA ZEITUMI</b>	<b>DIETA ENTERAL PADRONIZADA</b>	<b>OBSERVAÇÕES</b>				<b>PRESCRIÇÃO CANCELADA</b>		<b>MOTIVO CANCELAMENT</b>	
NOME: MILTON DA SILVA FIOCHI											
ATENDIMENT:	4447502	NOME:	MILTON DA SILVA FIOCHI	CONV:	SIH	DATA NASC:	23/03/1971	LEITO:	609-B	SETOR:	UNI

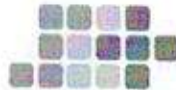
Impresso por: MAISA

LGPD: Relatório pode conter dados pessoais e/ou sensíveis, recomenda-se a destruição após o uso.



## Ficha de Avaliação e Evolução em Terapia Nutricional

Nom: SANTA CASA RIO PRETO TACILENE MARIA DA SILVA		SENHA
Data	Mãe: ANGELA MARIA DA SILVA Nome Social:	Sexo: Quarto - Leito: 620-A
Médi	Méd: JOSE RODRIGUES SIMOE Conv. SIH - SUS INTERNACAO	4469989 Nasc: 16/08/1992 - Id: 32 Sexo: F Leito: 620-A
Data	DI. At.: 14/12/24 Hora: 11:26 Pront. 924684 INTERACAO	Convênio: SUS
Hipótese Diagnóstico/Antecedentes: Estado de Mal epilético / HAS / Hipertensão Crise paroxismitica		
Avaliação Nutricional		Data: 16/12/24
Condição Física		( ) Deambula (x) Acamado(a)
Dieta Via Oral	( ) Sim (x) Não	Dieta: _____
Complemento Nutricional Oral	( ) Sim (x) Não	Complemento: _____
Dieta Enteral	(x) Sim ( ) Não	Dieta: Insulin Energy Volume: 30ml 1h
Complemento Nutricional Enteral	( ) Sim (x) Não	Complemento: _____
Alergia ou intolerância alimentar		( ) Sim (x) Não
Alteração Apetite		(x) Sim ( ) Não
Disfagia		( ) Sim (x) Não
Vômitos		( ) Sim (x) Não
Evacuação		( ) Diarreia ( ) Obstipação
Lado Medido		( ) Direito Normal ( ) Esquerdo
Altura do joelho (AJ)		
Circunferência da Panturrilha (CP)		
Circunferência do Braço (CB)		
Dobra Cutânea Tricipital (PCT)		
Peso Habitual		
Estatura	( ) Estimada (x) Mensurada	1.55 m
Peso Atual	( ) Estimada (x) Mensurada	55 kg
IMC		23 kg/m <sup>2</sup>
Peso Ideal		
% de Perda de Peso		
Diagnóstico Nutricional		Risco Nutricional
Necessidade Energética Total		1.925 Kcal
Necessidade Proteica Total		83g



### Ficha de Avaliação e Evolução em Terapia Nutricional

Nome: SANTA CASA RIO PRETO MILTON DA SILVA FIOCHI		SENHA
Data de Mãe: TEREZINHA ANTONIO FIOCHI		Sexo: Quarto - Leito: 609-B
Médico: Méd BRUNO NASC BETTENCOU Conv. SIH - SUS INTERNACAO	Nasc 23/03/1971 Id: 53 Sexo: M Leito 609-B	Convênio: 605
Data de Dt. At.: 20/11/24	Hora 09:57	Pront. 1154625 INTERNACAO
Hipótese Diagnóstico/Antecedentes: <u>TU cerebral maligna 1705 Op. TU cerebral</u>		
Avaliação Nutricional		Data: <u>16/12/24</u>
Condição Física	<input type="checkbox"/> Deambula <input checked="" type="checkbox"/> Acamado(a)	
Dieta Via Oral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Dieta: _____	
Complemento Nutricional Oral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Complemento: _____	
Dieta Enteral	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Dieta: <u>Amidinha Proteica</u> Volume: <u>30ml/h</u>	
Complemento Nutricional Enteral	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Complemento: <u>Proteica 30g/1x/1 dia</u>	
Alergia ou intolerância alimentar	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Qual: _____	
Alteração Apetite	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Disfagia	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Vômitos	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Evacuação	<input type="checkbox"/> Diarreia <input checked="" type="checkbox"/> Obstipação	
Lado Medido	<input type="checkbox"/> Direito <input type="checkbox"/> Esquerdo	
Altura do joelho (AJ)		
Circunferência da Panturrilha (CP)		
Circunferência do Braço (CB)		
Dobra Cutânea Tricipital (PCT)		
Peso Habitual		
Estatura	<input type="checkbox"/> Estimada <input checked="" type="checkbox"/> Mensurada	
Peso Atual	<input type="checkbox"/> Estimada <input checked="" type="checkbox"/> Mensurada	
IMC	<u>1.77m</u>	
Peso Ideal	<u>67Kg</u> <u>21 Kg/m<sup>2</sup></u>	
% de Perda de Peso		
Diagnóstico Nutricional	<u>Risco Nutricional</u>	
Necessidade Energética Total	<u>2.050 Kcal</u>	
Necessidade Proteica Total	<u>80g</u>	



**SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO**  
COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



00907 - CENSO DIETAS

DATA - 16/12/2024 ate 16/12/2024 - PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N. CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO) -50001059.50000822.5000194[...]  
CODIGO DO SETOR (CENTRO DE CUSTO) -PREDOMINANTE-000198.000004.000188.0001[...]

NOME : ANA FRANCISCA DOS SANTOS GATA

ATENDEMENT : 4466845 NOME : ANA FRANCISCA DOS SANTOS GATA CONV: SIH DATA NASC: 02/11/1931 LEITO: 907-A SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRIÇÃO OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT

398867 EMANUEL PEDRO DE CARVALHO TAUIR DIETA ENTERAL PADRONIZADA N

NOME : ANA LUCIA DE FREITAS

ATENDEMENT : 4465533 NOME : ANA LUCIA DE FREITAS CONV: SIH DATA NASC: 02/03/1958 LEITO: 611-A SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRIÇÃO OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT

398892 ESTER CRISTINA DE ALMEIDA ZETTUNI DIETA ENTERAL PADRONIZADA N

NOME : ANA PAULA BARBOSA DE CAMPOS

ATENDEMENT : 4471384 NOME : ANA PAULA BARBOSA DE CAMPOS CONV: SIH DATA NASC: 14/03/1975 LEITO: 901-A SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRIÇÃO OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT

399290 DIETA ENTERAL PADRONIZADA N

NOME : ANGELICA DA SILVA FRANCISCO

ATENDEMENT : 4466915 NOME : ANGELICA DA SILVA FRANCISCO CONV: SIH DATA NASC: 28/08/1974 LEITO: 812-A SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRIÇÃO OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT

398759 LUCIANA MANSUR PINTO BORGES FRESUBIN ENERGY 40 ML/H SNE N

NOME : APARECIDA MIZUEL

ATENDEMENT : 4469678 NOME : APARECIDA MIZUEL CONV: SIH DATA NASC: 21/01/1953 LEITO: 803-B SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRIÇÃO OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT

399032 FRESUBIN ENERGY 20 ML/HORA N

NOME : ARLETE PEDRETTI OLIVEIRA

Impresso por: MAISA



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



00907 - CENSO DIETAS

DATA - 16/12/2024 ate 16/12/2024 . PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N . CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO)-50001059,50000822,5000194[...]  
CODIGO DO SETOR (CENTRO DE CUSTO) PREDOMINANTE-000198,000004,000188,0001[...]

PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
398849	APARECIDO PEREIRA NETO	NOVASOURCE GC 1.5	40 ML/H VIA SNE	N	
NOME: JOB FERNANDES DOS SANTOS					
ATENDIMENT:	4462498	NOME: JOB FERNANDES DOS SANTOS	CONV: SIH	DATA NASC: 08/06/1956	LEITO: 802-A
SECTOR: UMI					
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
399039		DIETA ENTERAL	10 ML/H	N	
NOME: LAURINDO MODOENEZE					
ATENDIMENT:	4465875	NOME: LAURINDO MODOENEZE	CONV: SIH	DATA NASC: 27/04/1966	LEITO: 408-A
SECTOR: UMI					
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
398648	ESTER CRISTINA DE ALMEIDA ZEITONI	DIETA ENTERAL PADRONIZADA		N	
NOME: LELIS HENRIQUE MOREIRA DOS SANTOS					
ATENDIMENT:	4451895	NOME: LELIS HENRIQUE MOREIRA DOS SANTOS	CONV: SIH	DATA NASC: 09/07/2003	LEITO: 908-A
SECTOR: UMI					
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
398848	SENGIO PAPARELI JUNIOR	FRESUBIN ENERGY	100 ML 4/4 HORAS.	N	
NOME: LUCIA APARECIDA DE SOUZA					
ATENDIMENT:	4451914	NOME: LUCIA APARECIDA DE SOUZA	CONV: SIH	DATA NASC: 17/12/1953	LEITO: 618-A
SECTOR: UMI					
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
398776	APARECIDO PEREIRA NETO	NOVASOURCE GC 1.5	30 ML/H	N	
NOME: MADALENA RODRIGUES DIONISIO					
ATENDIMENT:	4461430	NOME: MADALENA RODRIGUES DIONISIO	CONV: SIH	DATA NASC: 06/11/1957	LEITO: 802-A
SECTOR: UMI					
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT

Impressão por: MAISA



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
CONFIANÇA COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



00907 - CENSO DIETAS  
DATA - 16/12/2024 ate 16/12/2024 - PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N .CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO)-50001059,50000822,5000194[...]  
CODIGO DO SETOR (CENTRO DE CUSTO) PREDOMINANTE-000198,000004,000188,0001[...]

Nome : TACILENE MARIA DA SILVA

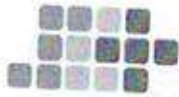
PRESCRIÇÃO	MEDICO	APARECIDO	PEREIRA NETO	DESCRICAÇÃO	FRESUBIN ENERGY	OBSERVAÇÕES	30 ML/H POR SNE	PRESCRIÇÃO CANCELADA	N	LEITO:	628-A	SETOR:	UNI

Impresso por: MALSA




## Ficha de Avaliação e Evolução em Terapia Nutricional

Nome:	SANTA CASA RIO PRETO		SENHA
	DALVA FERNANDES MUNHOZ		
Data de	Mãe: NATALINA GABRIEL FERNANDES		Sexo: Quarto - Leito: 604-A
	Nome Social: 4470241		
Médico	Méd. LÍVIA MARIA MORAES D	Nasc 03/03/1958 Id: 66	
	Conv. SIH - SUS INTERNACAO	Sexo: F Leito 604-A	
Data de	Di. At.: 15/12/24	Hora: 15:28	Pront. 731071 INTERNACAO
			Convênio: SUS
Hipótese Diagnóstico/Antecedentes:	ITU / Gase mista / Insuficiência / HAS / DM / ICC / Déficit		
Avaliação Nutricional			Data: 17/12/24
Condição Física			
Dieta Via Oral		( ) Deambula (X) Acamado(a)	
	( ) Sim (X) Não	Dieta: _____	
Complemento Nutricional Oral		( ) Sim (X) Não	Complemento: _____
Dieta Enteral		(X) Sim ( ) Não	Dieta: NutriSource GC15 Volume: 200ml/d
Complemento Nutricional Enteral		( ) Sim (X) Não	Complemento: _____
Alergia ou intolerância alimentar		( ) Sim (X) Não	Qual: _____
Alteração Apetite		( ) Sim (X) Não	
Disfagia		( ) Sim (X) Não	
Vômitos		( ) Sim (X) Não	
Evacuação		( ) Diarreia (X) Obstipação	
Lado Medido		( ) Direito ( ) Esquerdo	
Altura do joelho (AJ)			
Circunferência da Panturrilha (CP)			
Circunferência do Braço (CB)			
Dobra Cutânea Tricipital (PCT)			
Peso Habitual			
Estatura		( ) Estimada (X) Mensurada	1.59m
Peso Atual		( ) Estimada (X) Mensurada	55kg
IMC			22kg/m <sup>2</sup>
Peso Ideal			
% de Perda de Peso			
Diagnóstico Nutricional			Risco Nutricional
Necessidade Energética Total			1.760 Kcal
Necessidade Proteica Total			83g



## Ficha de Avaliação e Evolução em Terapia Nutricional

SENHA

Nome: SANTA CASA RIO PRETO  
 MARCELO SUITER  
 Mãe: CLARICE DO AMPARO SUITER  
 Nome Social:  4471341  
 Médico: Méd DIEGO STEFANI BIZINO Nasc: 28/10/1965 Id: 58  
 Conv. SIH - SUS INTERNACAO Sexo: M Leito: 615-A  
 Data de DL At.: 16/12/24 Hora: 07:01 Pront. 1148059 INTERNACAO

Sexo: Quarto - Leito: 615-A

Convênio: SUS

Hipótese Diagnóstico/Antecedentes: *Nódulo submandibular, Depressão respiratória aguda / DPOC exacerbada*

Avaliação Nutricional  
 Condição Física Data: 17/12/24

Dieta Via Oral  Deambula  Acamado(a)

Complemento Nutricional Oral  Sim  Não Dieta: \_\_\_\_\_

Dieta Enteral  Sim  Não Complemento: \_\_\_\_\_

Complemento Nutricional Enteral  Sim  Não Dieta: *Formula Energy* Volume: *40ml/d*

Alergia ou intolerância alimentar  Sim  Não

Alteração Apetite Qual:  Sim  Não

Disfagia  Sim  Não

Vômitos  Sim  Não

Evacuação  Diarreia  Obstipação

Lado Medido  Direito *Normal*  Esquerdo

Altura do joelho (AJ)

Circunferência da Panturrilha (CP)

Circunferência do Braço (CB)

Dobra Cutânea Tricipital (PCT)

Peso Habitual

Estatura  Estimada  Mensurada

Peso Atual  Estimada *1,70m*  Mensurada

IMC *59,0m*

Peso Ideal *20kg/m<sup>2</sup>*

% de Perda de Peso

Diagnóstico Nutricional

Necessidade Energética Total *Demanda*

Necessidade Proteica Total *2.065 Kcal*  
*89g*



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



DATA - 17/12/2024 ate 17/12/2024 - PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N. CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVICIO)-50001059.50000822.5000194f...]  
 CODIGO DO SETOR (CENTRO DE CUSTO) PREDOMINANTE-000198.0000004.000188.0001f...]

NOME: ANA FRANCISCA DOS SANTOS GATA

ATENIMENTO: 4466845

NOME: ANA FRANCISCA DOS SANTOS GATA

PRESCRIÇÃO MÉDICO

DESCRIÇÃO

CONV: SIH DATA NASC: 02/11/1931

LEITO: 907-A

SETOR: UNI

408052 EMANUEL PEDRO DE CARVALHO TAUYR

DIETA ENTERAL PADRONIZADA

OBSERVAÇÕES

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

NOME: ANA LUCIA DE FREITAS

ATENIMENTO: 4465533

NOME: ANA LUCIA DE FREITAS

PRESCRIÇÃO MÉDICO

DESCRIÇÃO

CONV: SIH DATA NASC: 02/03/1958

LEITO: 611-A

SETOR: UNI

399703 ESTER CRISTINA DE ALMEIDA ZEITUNI

DIETA ENTERAL PADRONIZADA

OBSERVAÇÕES

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

NOME: ANA PAULA BARBOSA DE CAMPOS

ATENIMENTO: 4471384

NOME: ANA PAULA BARBOSA DE CAMPOS

PRESCRIÇÃO MÉDICO

DESCRIÇÃO

CONV: SIH DATA NASC: 14/03/1975

LEITO: 901-A

SETOR: UNI

399598 CARLOS ADRIANO SEVERINO DA SILVA

DIETA ENTERAL PADRONIZADA

OBSERVAÇÕES

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

NOME: ANGELICA DA SILVA FRANCISCO

ATENIMENTO: 4466915

NOME: ANGELICA DA SILVA FRANCISCO

PRESCRIÇÃO MÉDICO

DESCRIÇÃO

CONV: SIH DATA NASC: 28/08/1974

LEITO: 812-A

SETOR: UNI

399762 APARECIDO PEREIRA NETO

FRESUBIN ENERGY

OBSERVAÇÕES

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

NOME: DALVA FERNANDES MUNHOZ

ATENIMENTO: 4470241

NOME: DALVA FERNANDES MUNHOZ

PRESCRIÇÃO MÉDICO

DESCRIÇÃO

CONV: SIH DATA NASC: 03/03/1958

LEITO: 604-A

SETOR: UNI

399931 APARECIDO PEREIRA NETO

NOVASOURCE GC 1.5

OBSERVAÇÕES

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

NOME: DARVIN CARLOS FENERICH

Impressão por MATISA



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
CONPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



00907 - CENSO DIETAS  
DATA - 17/12/2024 ate 17/12/2024 , PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N , CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO)-50001059,50000822,50001941...]  
CODIGO DO SETOR (CENTRO DE CUSTO) PREDOMINANTE-000198,000004,000188,00011...]

PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	CONV: SIH	DATA NASC:	LEITO:	MOTIVO CANCELAMENT	SETOR: UNI
399673	ESTER CRISTINA DE ALMEIDA ZEITUMI	DIETA ENTERAL PADRONIZADA						
NOME: LEIS HENRIQUE MOREIRA DOS SANTOS								
ATENDIMENT: 4451895 NOME: LEIS HENRIQUE MOREIRA DOS SANTOS								
399600	SERGIO PAPARELI JUNIOR	FRESUBIN ENERGY						
NOME: LUCIA APARECIDA DE SOUZA								
ATENDIMENT: 4451914 NOME: LUCIA APARECIDA DE SOUZA								
399771	EDUARDO MAYRHOFFER SARGI	NOVASOURCE GC 1.5						
NOME: MADALENA RODRIGUES DIONISIO								
ATENDIMENT: 4461430 NOME: MADALENA RODRIGUES DIONISIO								
399696	MIGUEL AUGUSTO RODRIGUES DEL PINO	NOVASOURCE GC 1.5						
NOME: MARCELO SUITER								
ATENDIMENT: 4471341 NOME: MARCELO SUITER								
399984	ANA RACHEL DE OLIVEIRA VERMEJO	FRESUBIN ENERGY						
NOME: MARCIA ROBERTA DE CAMARGO GUERREIRO								
ATENDIMENT: 4463815 NOME: MARCIA ROBERTA DE CAMARGO GUERREIRO								
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	CONV: SIH	DATA NASC:	LEITO:	MOTIVO CANCELAMENT	SETOR: UNI
NOME: MARCIA ROBERTA DE CAMARGO GUERREIRO								
ATENDIMENT: 4463815 NOME: MARCIA ROBERTA DE CAMARGO GUERREIRO								

Impresso por MATISA

LGPD) Relatorio pode conter dados pessoais e/ou sensíveis, recomenda-se a destruição após o uso



**SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO**  
COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



DATA - 17/12/2024 ate 17/12/2024 - PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N. CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO)-50001059,50000822,5000194[...]  
 CODIGO DO SETOR (CENTRO DE CUSTO) PREDOMINANTE-000198,000004,000188,0001[...]  
 NOME : TACILENE MARIA DA SILVA

ATENDIMENT : 4469969 NOME : TACILENE MARIA DA SILVA CONV: SIH DATA NASC: 16/08/1992 LEITO: 620-A SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO EDUARDO MAYRHOFFER SARGI DESCRICÃO FRESUBIN ENERGY OBSERVAÇÕES 30 ML/H POR SNE N PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT

NOME : UERLES SANTOS SANTIAGO ATENDIMENT : 4471486 NOME : UERLES SANTOS SANTIAGO CONV: SIH DATA NASC: 31/10/1997 LEITO: 613-A SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO ANA RACHEL DE OLIVEIRA VERMEJO DESCRICÃO FRESUBIN ENERGY OBSERVAÇÕES 20 ML/H SNE - SUSPENSO ATE 2A ORDE N PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT

Impresso por: MAISA



## Ficha de Avaliação e Evolução em Terapia Nutricional

Nome: SANTA CASA RIO PRETO  
 ANA PAULA BARBOSA DE CAMPOS  
 Mãe: MARIANA INACIA BARBOSA DE CAMPOS  
 Nome Social: \_\_\_\_\_  
 Médico: Méd. CARLOS ADRIANO SEVER Nasc: 14/03/1975 Id: 49  
 Conv. SIM - SUS INTERNACAO Sexo: F Leito: 901-A  
 Dt. At.: 16/12/24 Hora: 16:37 Pront. 738255 INTERNACAO

Hipótese Diagnóstico/Antecedentes: Carcinoma HNSKM / Neoplasia metastática / Inapetência  
 Convênio: SUS  
 Sexo: Quarto - Leito: 901-A

Avaliação Nutricional  
 Condição Física Data: 18/12/24

Dieta Via Oral  Deambula  Acamado(a)

Complemento Nutricional Oral  Sim  Não Dieta: \_\_\_\_\_

Dieta Enteral  Sim  Não Dieta: Amesul Energy Volume: 200ml 1x/dia

Complemento Nutricional Enteral  Sim  Não Complemento: \_\_\_\_\_

Alergia ou intolerância alimentar Qual: \_\_\_\_\_  Sim  Não

Alteração Apetite  Sim  Não

Disfagia  Sim  Não

Vômitos  Sim  Não

Evacuação  Diarreia  Obstipação

Lado Medido  Direito  Esquerdo

Altura do joelho (AJ) \_\_\_\_\_

Circunferência da Panturrilha (CP) 48cm

Circunferência do Braço (CB) 24cm

Dobra Cutânea Tricipital (PCT) 22cm

Peso Habitual \_\_\_\_\_

Estatura  Estimada  Mensurada

Peso Atual  Estimada  Mensurada

IMC 47Kg

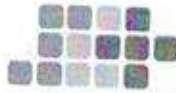
Peso Ideal 14Kg/m²

% de Perda de Peso \_\_\_\_\_

Diagnóstico Nutricional Desnutrido

Necessidade Energética Total 1.800 Kcal

Necessidade Proteica Total 71g



### Ficha de Avaliação e Evolução em Terapia Nutricional

SENHA

Nome:	SANTA CASA RIO PRETO EUCLYDES CODOGNO	
Data d	Mãe: MARIA DO CARMO BORA Nome Social:	Sexo: Quarto - Leito: 904-B
Médic:	Méd BRUNO NASC BETTENCOU Conv. SIH - SUS INTERNACAO	Nasc 10/10/1934 Id: 80 Sexo: M Leito 904-B
Data d	Dt. At.: 17/12/24 Hora 08:58 Pront. 791901 INTERNACAO	Convênio: SUS
Hipótese Diagnóstico/Antecedentes:	AVCi recente / Desorientada / Hematoma subdural crônico unilateral HAS / paralisia	
Avaliação Nutricional	Data: 18/12/24	
Condição Física	<input type="checkbox"/> Deambula <input checked="" type="checkbox"/> Acamado(a)	
Dieta Via Oral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Dieta: _____	
Complemento Nutricional Oral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Complemento: _____	
Dieta Enteral	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Dieta: <u>Sonulim Energy</u> Volume: <u>230 ml 1x/dia</u>	
Complemento Nutricional Enteral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Complemento: _____	
Alergia ou intolerância alimentar	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Alteração Apetite	Qual: _____ <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Disfagia	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Vômitos	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Evacuação	<input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Obstipação	
Lado Medido	<input type="checkbox"/> Direito <u>Normal</u> <input type="checkbox"/> Esquerdo	
Altura do joelho (AJ)		
Circunferência da Panturrilha (CP)		
Circunferência do Braço (CB)		
Dobra Cutânea Tricipital (PCT)		
Peso Habitual		
Estatura	<input type="checkbox"/> Estimada <input checked="" type="checkbox"/> Mensurada	
Peso Atual	<input type="checkbox"/> Estimada <u>1.85m</u> <input checked="" type="checkbox"/> Mensurada	
IMC	<u>85Kg</u>	
Peso Ideal	<u>25 Kg / m²</u>	
% de Perda de Peso		
Diagnóstico Nutricional	<u>nutricional</u>	
Necessidade Energética Total	<u>2.550 Kcal</u>	
Necessidade Proteica Total	<u>102g</u>	



**SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO**  
COMROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



00907 - CENSO DIETAS  
 DATA - 18/12/2024 ate 18/12/2024 . PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N, CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO)-50001059.50000822.50001941. J  
 CODIGO DO SETOR (CENTRO DE CUSTO) PREDOMINANTE-000198.000004.000188.00011. J

NOME: ANA PAULA BARBOSA DE CAMPOS

ATENDIMENT: 4471384

NOME: ANA PAULA BARBOSA DE CAMPOS

PRESCRIÇÃO MÉDICO

400905 CARLOS ADRIANO SEVERINO DA SILVA

DIETA ENTERAL PADRONIZADA

OBSERVAÇÕES

CONV: SIH DATA NASC: 14/03/1975

LEITO: 901-A

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

SETOR: UNI

ATENDIMENT: 4466915

NOME: ANGELICA DA SILVA FRANCISCO

PRESCRIÇÃO MÉDICO

400750 APARECIDO PEREIRA NETO

FRESUBIN ENERGY

OBSERVAÇÕES

CONV: SIH DATA NASC: 28/08/1974

LEITO: 812-A

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

SETOR: UNI

NOME: APARECIDA MIZAEI

ATENDIMENT: 4469678

NOME: APARECIDA MIZAEI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

401121

FRESUBIN ENERGY

OBSERVAÇÕES

CONV: SIH DATA NASC: 21/01/1953

LEITO: 803-B

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

SETOR: UNI

NOME: DALVA FERNANDES MUNHOZ

ATENDIMENT: 4470241

NOME: DALVA FERNANDES MUNHOZ

PRESCRIÇÃO MÉDICO

400789 APARECIDO PEREIRA NETO

NOVASOURCE GC 1.5

OBSERVAÇÕES

CONV: SIH DATA NASC: 03/03/1958

LEITO: 604-A

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

SETOR: UNI

NOME: DARVIN CARLOS FENERICH

ATENDIMENT: 4463968

NOME: DARVIN CARLOS FENERICH

PRESCRIÇÃO MÉDICO

400523 ESTER CRISTINA DE ALMEIDA ZEITUNI

DIETA ENTERAL PADRONIZADA

OBSERVAÇÕES

CONV: SIH DATA NASC: 08/04/1953

LEITO: 808-B

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

SETOR: UNI

NOME: ELIANA APARECIDA MARQUES DOS SANTOS

Impresso por: RAISA



**SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO**  
COMPARTESSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



00907 - CENSO DIETAS  
DATA - 18/12/2024 ate 18/12/2024 . PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N . CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO)-50001059,50000822,5000194[. ]  
CODIGO DO SETOR (CENTRO DE CUSTO) PREDOMINANTE-000198,000004,000188,0001[. ]

PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRICO	OBSERVAÇÕES	CONV: SIH	DATA NASC:	LEITO:	SETOR:
ATENDIMENT: 4465875 NOME: LAURINDO MODENEZE							
400663	ESTER CRISTINA DE ALMEIDA ZEITUNI	DIETA ENTERAL PADRONIZADA		SIH	27/04/1966	408-A	UNI
NOME: LELIS HENRIQUE MOREIRA DOS SANTOS							
ATENDIMENT: 4451895 NOME: LELIS HENRIQUE MOREIRA DOS SANTOS							
400580	SERGIO PAPARELI JUNIOR	FRESUBIN ENERGY		SIH	09/07/2003	908-A	UNI
NOME: LUCIA APARECIDA DE SOUZA							
ATENDIMENT: 4451914 NOME: LUCIA APARECIDA DE SOUZA							
401008	NATHAN ARTHURO GUIMARAES DE CAMPOS	NOVASOURCE GC 1.5		SIH	17/12/1953	618-A	UNI
NOME: MADALENA RODRIGUES DIONISIO							
ATENDIMENT: 4461430 NOME: MADALENA RODRIGUES DIONISIO							
400630	MIGUEL AUGUSTO RODRIGUES DEL PINO	NOVASOURCE GC 1.5		SIH	06/11/1957	802-A	UNI
NOME: MARCELO SUITER							
ATENDIMENT: 4471341 NOME: MARCELO SUITER							
400675	ANA BEATRIZ THOME DORTA	FRESUBIN ENERGY		SIH	28/10/1966	615-A	UNI
NOME: MARCIA ROBERTA DE CAMARGO GUERREIRO							
ATENDIMENT: 4463815 NOME: MARCIA ROBERTA DE CAMARGO GUERREIRO							
CONV: SIH DATA NASC: 16/02/1971 LEITO: 909-A SETOR: UNI							

Impresso por MAISIA



**SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO**  
COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



00907 - CENSO DIETAS

DATA - 18/12/2024 ate 18/12/2024 - PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N . CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVICIO)-50001059,50000822,5000194[...]  
CODIGO DO SETOR (CENTRO DE CUSTO) PREDOMINANTE-000198,000004,000188,0001[...]

488553 MARIANA LEONEL SANTANA

NOVASOURCE GC 1.5

POE SNE 40 ML/H EM BI

N

NOME : TACILENE MARIA DA SILVA

ATENDIMENTO : 4469969

NOME : TACILENE MARIA DA SILVA

CONV: SIH

DATA NASC: 16/08/1992

LEITO: 628-A

SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MEDICO

488771 EDUARDO MAYRHOFER SARGI

DESCRIÇÃO

FRESUBIN ENERGY

OBSERVAÇÕES

30 ML/H POR SNE

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

NOME : UERLES SANTOS SANTIAGO

ATENDIMENTO : 4471486

NOME : UERLES SANTOS SANTIAGO

CONV: SIH

DATA NASC: 31/10/1997

LEITO: 613-A

SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MEDICO

488748 ANA BEATRIZ THOME DORIA

DESCRIÇÃO

FRESUBIN ENERGY

OBSERVAÇÕES

20 ML/H SNE

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

Impresso por: MALISA




## Ficha de Avaliação e Evolução em Terapia Nutricional

Nome: SANTA CASA RIO PRETO LAURINDO MODENEZE		SENHA
Data de Mãe: ELZA ARTIERE MODENEZE		Sexo: Quarto - Leito: 408-A
Médico: MÉDSTER ZEITUNI	Nasc: 27/04/1966 Id: 58	
Conv. SIH - SUS INTERNACAO	Sexo: M Leito: 408-A	
Data de Dt. At.: 10/12/24	Hora: 12:27	Pront. 1053081 INTERNACAO
Hipótese Diagnóstico/Antecedentes: DIPA há 03 dias / Fx transtrocantiana (E)		Convênio: SUS
Avaliação Nutricional	Data: 09/12/24	
Condição Física	<input type="checkbox"/> Deambula <input checked="" type="checkbox"/> Acamado(a)	
Dieta Via Oral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Dieta: _____	
Complemento Nutricional Oral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Complemento: _____	
Dieta Enteral	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Dieta: <u>Formula Energy</u> Volume: <u>220ml 16x/dia</u>	
Complemento Nutricional Enteral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Complemento: _____	
Alergia ou intolerância alimentar	Qual: _____ <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Alteração Apetite	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Disfagia	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Vômitos	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Evacuação	<input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Obstipação	
Lado Medido	<input type="checkbox"/> Direito <u>Manual</u> <input type="checkbox"/> Esquerdo	
Altura do joelho (AJ)		
Circunferência da Panturrilha (CP)		
Circunferência do Braço (CB)		
Dobra Cutânea Tricipital (PCT)		
Peso Habitual		
Estatura	<input type="checkbox"/> Estimada <input checked="" type="checkbox"/> Mensurada	
Peso Atual	<input type="checkbox"/> Estimada <input checked="" type="checkbox"/> Mensurada	
IMC	1.65 m 44 Kg 16 Kg/m <sup>2</sup>	
Peso Ideal		
% de Perda de Peso		
Diagnóstico Nutricional	<u>Desnutrição</u>	
Necessidade Energética Total	<u>1.700 Kcal</u>	
Necessidade Proteica Total	<u>60g</u>	



### Ficha de Avaliação e Evolução em Terapia Nutricional

Nome:	SANTA CASA RIO PRETO ROSY CAROLINA LOPES BELLO	SENHA	
Data d	Mãe: MERCEDES VIVIANA BELLO		Sexo: Quarto - Leito: 801-A
Médic	Nome Social: 4488248 Méd BRUNO NASC BETTENCOU Nasc 14/06/1981 Id: 43 Conv. SIH - SUS INTERNACAO Sexo: F Leito 801-A		
Data d	Dt. At.: 13/12/24 Hora 09:31 Pront. 1155882 INTERNACAO		Convênio: SUS
Hipótese Diagnóstico/Antecedentes:	H.A.S. / Dislipidemia / 1º TO Verificação de Insua de Insua / Tetralegia		
Avaliação Nutricional			Data: 19/12/24
Condição Física		( ) Deambula	(X) Acamado(a)
Dieta Via Oral	( ) Sim (X) Não	Dieta: _____	
Complemento Nutricional Oral	( ) Sim (X) Não	Complemento: _____	
Dieta Enteral	(X) Sim ( ) Não	Dieta: <u>Formula Energy</u> Volume: <u>30ml/h</u>	
Complemento Nutricional Enteral	( ) Sim (X) Não	Complemento: _____	
Alergia ou intolerância alimentar	Qual: _____	( ) Sim	(X) Não
Alteração Apetite		(X) Sim	( ) Não
Disfagia		( ) Sim	(X) Não
Vômitos		( ) Sim	(X) Não
Evacuação		( ) Diarreia	(X) Obstipação
Lado Medido		( ) Direito	(X) Esquerdo
Altura do joelho (AJ)			48 cm
Circunferência da Panturrilha (CP)			31 cm
Circunferência do Braço (CB)			26 cm
Dobra Cutânea Tricipital (PCT)			
Peso Habitual			
Estatura		(X) Estimada	( ) Mensurada
Peso Atual		(X) Estimada	( ) Mensurada
IMC			1,59 m 56 Kg 22 Kg/m <sup>2</sup>
Peso Ideal			
% de Perda de Peso			
Diagnóstico Nutricional			Risco Nutricional
Necessidade Energética Total			1.960 Kcal
Necessidade Proteica Total			84g



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



00907 - CENSO DIETAS

DATA - 19/12/2024 ate 19/12/2024 , PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N , CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO)-50001059,50000822,5000194[...]  
CODIGO DO SETOR (CENTRO DE CUSTO) PREDOMINANTE-000198,000004,000188,0001[...]

NOME: ANGELICA DA SILVA FRANCISCO

ATENDEMENT: 4466915 NOME: ANGELICA DA SILVA FRANCISCO CONV: SIH DATA NASC: 28/08/1974 LETTO: 812-A SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRIÇÃO OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT

401802 LUCIANA MANSUR PINTO BORGES FRESUBIN ENERGY 40 ML/H SNE - SUSPENSO ATE 2A ORDE N

NOME: APARECIDA MIZUEL

ATENDEMENT: 4469678 NOME: APARECIDA MIZUEL CONV: SIH DATA NASC: 21/01/1953 LETTO: 803-B SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRIÇÃO OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT

401733 FRESUBIN ENERGY 30 ML/H SNE N

NOME: DALVA FERNANDES MUNHOZ

ATENDEMENT: 4470241 NOME: DALVA FERNANDES MUNHOZ CONV: SIH DATA NASC: 03/03/1958 LETTO: 604-A SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRIÇÃO OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT

401838 LUCIANA MANSUR PINTO BORGES NOVASOURCE GC 1.5 40 ML/H SNE N

NOME: DARVIN CARLOS FENERICH

ATENDEMENT: 4463968 NOME: DARVIN CARLOS FENERICH CONV: SIH DATA NASC: 08/04/1953 LETTO: 808-B SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRIÇÃO OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT

401440 ESTER CRISTINA DE ALMEIDA ZEITUMI DIETA ENTERAL PADRONIZADA N

NOME: ELIANA APARECIDA MARQUES DOS SANTOS

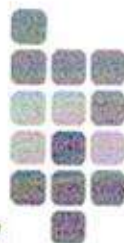
ATENDEMENT: 4468231 NOME: ELIANA APARECIDA MARQUES DOS SANTOS CONV: SIH DATA NASC: 25/03/1957 LETTO: 910-B SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRIÇÃO OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT

401561 DIEGO STEFANI BIZINOTO NOVASOURCE GC 1.5 POE SNE 30 ML/H EM BI N

NOME: ELISABETE RODRIGUES

Impressão por: VALISA



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
COMROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



00907 - CENSO DIETAS

DATA - 19/12/2024 ate 19/12/2024 ,PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N, CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO)-50001059,50000822,5000194[...]  
CODIGO DO SETOR (CENTRO DE CUSTO) PREDOMINANTE-000198,000004,000188,0001[...]

ATENDIMENT : 4465875 NOME : LAURINDO MODENEZE CONV: SIH DATA NASC: 27/04/1966 LETITO: 408-A SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRIÇÃO OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT  
401559 ESTER CRISTINA DE ALMEIDA ZEITUNI DIETA ENTERAL PADRONIZADA N

NOME : LELIS HENRIQUE MOREIRA DOS SANTOS

ATENDIMENT : 4451895 NOME : LELIS HENRIQUE MOREIRA DOS SANTOS CONV: SIH DATA NASC: 09/07/2003 LETITO: 908-A SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRIÇÃO OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT  
401625 SERGIO PAPARELLI JUNIOR FRESUBIN ENERGY 100 ML 4/4 HORAS. N

NOME : LUCIA APARECIDA DE SOUZA

ATENDIMENT : 4451914 NOME : LUCIA APARECIDA DE SOUZA CONV: SIH DATA NASC: 17/12/1953 LETITO: 618-A SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRIÇÃO OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT  
401757 RENATO BUCHALLA BARBAR CURY NOVASOURCE GC 1.5 30 ML/H N  
401763 MARIITA SIQUEIRA PROCOPIO DE OLIVEIRA NOVASOURCE GC 1.5 30 ML/H N

NOME : MADALENA RODRIGUES DIONISIO

ATENDIMENT : 4461430 NOME : MADALENA RODRIGUES DIONISIO CONV: SIH DATA NASC: 06/11/1957 LETITO: 802-A SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRIÇÃO OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT  
401580 MIGUEL AUGUSTO RODRIGUES DEL PINO NOVASOURCE GC 1.5 POE SNE 30 ML/H EM BI N

NOME : MARCELO SUTTER

ATENDIMENT : 4471341 NOME : MARCELO SUTTER CONV: SIH DATA NASC: 28/10/1966 LETITO: 615-A SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRIÇÃO OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT  
401798 ANA RACHEL DE OLIVEIRA VERMEJO FRESUBIN ENERGY 40 ML/H SNE N

NOME : MARCIA ROBERTA DE CAMARGO GUERREIRO

ATENDIMENT : 4463815 NOME : MARCIA ROBERTA DE CAMARGO GUERREIRO CONV: SIH DATA NASC: 16/02/1971 LETITO: 909-A SETOR: UNI

Impresso por: WALISA



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



00907 - CENSO DIETAS  
DATA - 19/12/2024 ate 19/12/2024 . PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N . CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO)-50001059,50000822,5000194[...] ]  
CODIGO DO SETOR (CENTRO DE CUSTO) PREDOMINANTE-000198,000004,000188,0001[...] ]

401536 MARTANA LEONEL SANTANA

NOVASOURCE GC 1.5

POE SNE 40 ML/H EM BI

N

Impresso por: MATA



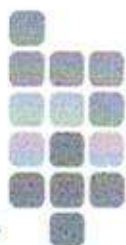
## Ficha de Avaliação e Evolução em Terapia Nutricional

Nome:	SANTA CASA RIO PRETO	SENHA	
Data de	Mãe: MARIA BRANCO TARIFA PINTO		Quarto - Leito: 408-A
Médico:	Nome Social: 4469345	Nasc: 07/02/1962 Id: 63	
Data de	Conv. SIH - SUS INTERNACAO	Sexo: M Leito: 408-A	Convênio: SUS
Hipótese Diagnóstico/Antecedentes:	TO. Revascularização de miocárdio		
Avaliação Nutricional	Data: 20/12/24		
Condição Física	<input checked="" type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Acamado(a)		
Dieta Via Oral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Dieta: _____		
Complemento Nutricional Oral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Complemento: _____		
Dieta Enteral	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Dieta: <u>Nutrisource G.O. 5</u> Volume: <u>40ml/d</u>		
Complemento Nutricional Enteral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Complemento: _____		
Alergia ou intolerância alimentar	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Qual: _____		
Alteração Apetite	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Disfagia	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		
Vômitos	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		
Evacuação	<input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Obstipação <u>Normal</u>		
Lado Medido	<input type="checkbox"/> Direito <input type="checkbox"/> Esquerdo		
Altura do joelho (AJ)			
Circunferência da Panturrilha (CP)			
Circunferência do Braço (CB)			
Dobra Cutânea Tricipital (PCT)			
Peso Habitual			
Estatura	<input type="checkbox"/> Estimada <input checked="" type="checkbox"/> Mensurada <u>1.83m</u>		
Peso Atual	<input type="checkbox"/> Estimada <input checked="" type="checkbox"/> Mensurada <u>97Kg</u>		
IMC	<u>29 Kg/m²</u>		
Peso Ideal			
% de Perda de Peso			
Diagnóstico Nutricional	<u>Risco Nutricional</u>		
Necessidade Energética Total	<u>2.730 Kcal</u>		
Necessidade Proteica Total	<u>146g</u>		



## Ficha de Avaliação e Evolução em Terapia Nutricional

Nome: <b>IRACI GREGO TORRON</b>		SENHA
Data de:	Mãe: <b>JESUINA MENDES GREGO</b>	Sexo: <b>Quarto - Leito: 406-A</b>
Médico:	Nome Social: <b>MÉDSTER ZEITUNI</b>	Id: <b>4489819</b>
Data de:	Conv. SIH - SUS INTERNACAO	Nasc: <b>16/06/1949</b> Id: <b>75</b>
	Dr. At.: <b>13/12/24</b> Hora: <b>20:40</b> Pront.: <b>S47145 INTERNACAO</b>	Sexo: <b>F</b> Leito: <b>406-A</b>
Hipótese Diagnóstico/Antecedentes: <b>Taquicardia / Taquiarritmia / Janela / IC descompensada?</b> <b>DEG / HAS / DMa / Bradicardia</b>		Convênio: <b>009</b>
Avaliação Nutricional		Data: <b>20/12/24</b>
Condição Física	<input checked="" type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Acamado(a)	
Dieta Via Oral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Dieta: _____	
Complemento Nutricional Oral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Complemento: _____	
Dieta Enteral	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Dieta: <b>Formula Energy</b> Volume: <b>200ml 6x/dia</b>	
Complemento Nutricional Enteral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Complemento: _____	
Alergia ou intolerância alimentar	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Qual: _____	
Alteração Apetite	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Disfagia	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Vômitos	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Evacuação	<input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Obstipação	
Lado Medido	<input type="checkbox"/> Direito <input checked="" type="checkbox"/> Esquerdo <b>Normal</b>	
Altura do joelho (AJ)	<b>48cm</b>	
Circunferência da Panturrilha (CP)	<b>29cm</b>	
Circunferência do Braço (CB)	<b>26cm</b>	
Dobra Cutânea Tricipital (PCT)		
Peso Habitual		
Estatura	<input checked="" type="checkbox"/> Estimada <input type="checkbox"/> Mensurada	
Peso Atual	<input checked="" type="checkbox"/> Estimada <input type="checkbox"/> Mensurada	
IMC	<b>1.60m</b> <b>56kg</b> <b>22kg/m<sup>2</sup></b>	
Peso Ideal		
% de Perda de Peso		
Diagnóstico Nutricional	<b>Risco Nutricional</b>	
Necessidade Energética Total	<b>1960Kcal</b>	
Necessidade Proteica Total	<b>84g</b>	



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
COMPROVAÇÃO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



00907 - CENSO DIETAS

DATA - 20/12/2024 a 20/12/2024 - PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N. CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO)-50001059,50000822,50001941...]  
CODIGO DO SETOR (CENTRO DE CUSTO) PREDOMINANTE-000198,000004,000188,0001...]

NOME: ANGELICA DA SILVA FRANCISCO

ATENDIMENT: 4466915

NOME: ANGELICA DA SILVA FRANCISCO

CONV: SIH DATA NASC: 28/08/1974

LEITO: 812-A

SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

402644 LUCIANA MANSUR PINTO BORGES

DESCRIÇÃO

FRESUBIN ENERGY

OBSERVAÇÕES

40 ML/H SNE - SUSPENSO ATE 2A ORDE N

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

NOME: APARECIDA MIZUEL

ATENDIMENT: 4469678

NOME: APARECIDA MIZUEL

CONV: SIH DATA NASC: 21/01/1953

LEITO: 803-B

SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

402657 ANANDA VITORIA BARROS SUZUKI DAMASCENO

DESCRIÇÃO

FRESUBIN ENERGY

OBSERVAÇÕES

40 ML/H SNE

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

NOME: DALVA FERNANDES MUNHOZ

ATENDIMENT: 4470241

NOME: DALVA FERNANDES MUNHOZ

CONV: SIH DATA NASC: 03/03/1958

LEITO: 604-A

SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

402691 LUCIANA MANSUR PINTO BORGES

DESCRIÇÃO

NOVASOURCE GC 1.5

OBSERVAÇÕES

40 ML/H SNE

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

NOME: DARVIN CARLOS FENERICH

ATENDIMENT: 4463968

NOME: DARVIN CARLOS FENERICH

CONV: SIH DATA NASC: 08/04/1953

LEITO: 808-B

SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

402373 ESTER CRISTINA DE ALMEIDA ZEITUNI

DESCRIÇÃO

DIETA ENTERAL PADRONIZADA

OBSERVAÇÕES

N

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

NOME: ELIANA APARECIDA MARQUES DOS SANTOS

ATENDIMENT: 4468231

NOME: ELIANA APARECIDA MARQUES DOS SANTOS

CONV: SIH DATA NASC: 25/03/1957

LEITO: 910-B

SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

402423 DIEGO STEFANI BIZINOTO

DESCRIÇÃO

NOVASOURCE GC 1.5

OBSERVAÇÕES

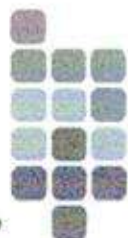
POE SNE 30 ML/H EM BI

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

NOME: ELISABETE RODRIGUES

Impresso por: MALISA



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



00907 - CENSO DIETAS

DATA - 20/12/2024 ate 20/12/2024 - PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N - CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO)-50001059,50000822,5000194[...]  
CODIGO DO SETOR (CENTRO DE CUSTO) PREDOMINANTE-000198,000004,000188,0001[...]

ATENDIMENT: 4451895 NOME: LELIS HENRIQUE MOREIRA DOS SANTOS CONV: SIH DATA NASC: 09/07/2003 LEITO: 908-A SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRICÃO OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT  
402446 SERGIO PAPARELLI JUNIOR FRESUBIN ENERGY 100 ML 4/4 HORAS. N

NOME: LUCIA APARECIDA DE SOUZA

ATENDIMENT: 4451914 NOME: LUCIA APARECIDA DE SOUZA CONV: SIH DATA NASC: 17/12/1953 LEITO: 618-A SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRICÃO OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT  
402679 NATHAN ARTHURO GUIMARAES DE CAMPOS NOVASOURCE GC 1.5 30 ML/H N

NOME: MADALENA RODRIGUES DIONISIO

ATENDIMENT: 4461430 NOME: MADALENA RODRIGUES DIONISIO CONV: SIH DATA NASC: 06/11/1957 LEITO: 802-A SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRICÃO OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT  
402497 MIGUEL AUGUSTO RODRIGUES DEL PINO NOVASOURCE GC 1.5 POE SNE 30 ML/H EM BI N

NOME: MARCELO SUITER

ATENDIMENT: 4471341 NOME: MARCELO SUITER CONV: SIH DATA NASC: 28/10/1966 LEITO: 615-A SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRICÃO OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT  
402740 ANA RACHEL DE OLIVEIRA VERMEJO FRESUBIN ENERGY 20 ML/H SNE N

NOME: MARCIA ROBERTA DE CAMARGO GUERREIRO

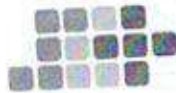
ATENDIMENT: 4463815 NOME: MARCIA ROBERTA DE CAMARGO GUERREIRO CONV: SIH DATA NASC: 16/02/1971 LEITO: 909-A SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRICÃO OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT  
402650 MIGUEL AUGUSTO RODRIGUES DEL PINO NOVASOURCE GC 1.5 POR SNE 30 ML/H EM BI N

NOME: MARIA HELENA DA SILVA TEIXEIRA

ATENDIMENT: 4463805 NOME: MARIA HELENA DA SILVA TEIXEIRA CONV: SIH DATA NASC: 13/08/1945 LEITO: 909-A SETOR: UNI

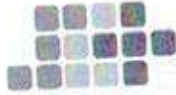
Impresso por: MARISA



## Ficha de Avaliação e Evolução em Terapia Nutricional

Nome: SANTA CASA RIO PRETO  
EVANILDA MARQUES FILGUEIRAS  
Mãe: MARIA ROSA MARQUES  
Nome Social: 4475852  
Médico: MédIEGO STEFANI BIZINO  
Conv.SIH - SUS INTERNACAO  
Data de Dt.Ai.: 21/12/24 Hora:18:55 Pront.979056 INTERNACAO  
Sexo: Quarto - Leito: 603-B  
Convênio: SUS  
Hipótese Diagnóstico/Antecedentes: IRJA / DPOC / HAS

Avaliação Nutricional	Data: 28/12/24	
Condição Física	<input checked="" type="checkbox"/> Deambula	<input type="checkbox"/> Acamado(a)
Dieta Via Oral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Dieta: _____
Complemento Nutricional Oral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Complemento: _____
Dieta Enteral	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Dieta: <u>Amulim Energy</u> Volume: <u>30ml/h</u>
Complemento Nutricional Enteral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Complemento: _____
Alergia ou intolerância alimentar	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
Alteração Apetite	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Disfagia	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
Vômitos	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
Evacuação	<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Obstipação
Lado Medido	<input type="checkbox"/> Direito	<input checked="" type="checkbox"/> Esquerdo
Altura do joelho (AJ)		
Circunferência da Panturrilha (CP)		
Circunferência do Braço (CB)		
Dobra Cutânea Tricipital (PCT)		
Peso Habitual		
Estatura	<input type="checkbox"/> Estimada	<input checked="" type="checkbox"/> Mensurada
Peso Atual	<input type="checkbox"/> Estimada	<input checked="" type="checkbox"/> Mensurada
IMC	1.71m 85kg 29kg/m <sup>2</sup>	
Peso Ideal		
% de Perda de Peso		
Diagnóstico Nutricional	Risco Nutricional	
Necessidade Energética Total	2.550 Kcal	
Necessidade Proteica Total	128g	



## Ficha de Avaliação e Evolução em Terapia Nutricional

Nome: SANTA CASA RIO PRETO  
 JONESMAR EDUARDO PALADINO  
 Data de Mãe: CONCEICAO GASPARO PALADINO  
 Nome Social: 4478154  
 Médico: Méd. MARIA FERNANDA M. TR Nasc: 05/07/1967 Id: 57  
 Conv. SIH - SUS INTERNACAO Sexo: M Leito: 611-B  
 Data de Dt. At.: 22/12/24 Hora: 21:25 Pront.: 1158357 INTERNACAO Convênio: SUS  
 Hipótese Diagnóstico/Antecedentes: *Febre septica*

Avaliação Nutricional	Data: <i>23/12/24</i>	
Condição Física	<input type="checkbox"/> Deambula	<input checked="" type="checkbox"/> Acamado(a)
Dieta Via Oral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Dieta: _____
Complemento Nutricional Oral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Complemento: _____
Dieta Enteral	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Dieta: <i>Amesul Energy</i> Volume: <i>40 ml/h</i>
Complemento Nutricional Enteral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Complemento: _____
Alergia ou intolerância alimentar	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
Alteração Apetite	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
Disfagia	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
Vômitos	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
Evacuação	<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Obstipação
Lado Medido	<input type="checkbox"/> Direito	<i>Normal</i> <input type="checkbox"/> Esquerdo
Altura do joelho (AJ)		
Circunferência da Panturrilha (CP)		
Circunferência do Braço (CB)		
Dobra Cutânea Tricipital (PCT)		
Peso Habitual		
Estatura	<input type="checkbox"/> Estimada	<input checked="" type="checkbox"/> Mensurada
Peso Atual	<input type="checkbox"/> Estimada	<input checked="" type="checkbox"/> Mensurada
IMC	<i>1.70m</i> <i>55Kg</i> <i>19 Kg/m<sup>2</sup></i>	
Peso Ideal		
% de Perda de Peso		
Diagnóstico Nutricional	<i>Desnutrição</i>	
Necessidade Energética Total	<i>1.925 Kcal</i>	
Necessidade Proteica Total	<i>83g</i>	



**SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO**  
COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



00907 - CENSO DIETAS

DATA: 23/12/2024 ate 23/12/2024 , PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N. CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO):50001059,50000822,5000194[.]  
CODIGO DO SETOR (CENTRO DE CUSTO) PREDOMINANTE:000198,000004,000188,0001[.]

PRESCRIÇÃO	MÉDICO	CONV:	SIH	DATA NASC:	LEITO:	MOTIVO CANCELAMENTO	SETOR:
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	CONV:	SIH	DATA NASC:	LEITO:	MOTIVO CANCELAMENTO	SETOR:
404870	LUCIANA MANSUR PINTO BORGES						
OBSERVAÇÕES							
20 ML/H SNE - SUSPENSO ATE 2A ORDE N							
NOME:	DALVA FERNANDES MUNHOZ	CONV:	SIH	DATA NASC:	03/03/1958	LEITO:	604-A
ATENDIMENT:	4470241						
OBSERVAÇÕES							
NOVASOURCE GC 1.5							
404899	LUCIANA MANSUR PINTO BORGES						
NOME:	DARVIM CARLOS FENERICH	CONV:	SIH	DATA NASC:	08/04/1953	LEITO:	808-B
ATENDIMENT:	4463968						
OBSERVAÇÕES							
DIETA ENTERAL PADRONIZADA							
404627	ESTER CRISTINA DE ALMEIDA ZEITUNI						
NOME:	ELIANA APARECIDA MARQUES DOS SANTOS	CONV:	SIH	DATA NASC:	25/03/1957	LEITO:	910-B
ATENDIMENT:	4468231						
OBSERVAÇÕES							
NOVASOURCE GC 1.5							
404704	DIEGO STEFANI BIZINOTO						
NOME:	ELISABETE RODRIGUES	CONV:	SIH	DATA NASC:	06/12/1957	LEITO:	603-B
ATENDIMENT:	4469166						
OBSERVAÇÕES							
NOVASOURCE GC 1.5							
405308	RODRIGO BOMFIM RIBEIRO						
NOME:	EVANILDA MARQUES FILGUEIRAS	CONV:	SIH	DATA NASC:		LEITO:	
ATENDIMENT:							
OBSERVAÇÕES							
N							

Impresso por: MAISA

LGPD: Relatório pode conter dados pessoais e/ou sensíveis, recomenda-se a destruição após o uso.



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



00907 - CENSO DIETAS

DATA - 23/12/2024 ate 23/12/2024 . PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N . CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO): 50001059; 50000822; 5000194[...]

CODIGO DO SETOR (CENTRO DE CUSTO) PREDOMINANTE: 000198; 0000004; 000188; 0001[...]

PRESCRIÇÃO	MEDICO	DESCRICAÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
404622	NATHAN ARTHURO GUIMARAES DE CAMPOS	NOVASOURCE GC 1.5	30 ML/H	N	
NOME: MADELENA RODRIGUES DIONISIO					
ATENDIMENT:	4461430	NOME: MADELENA RODRIGUES DIONISIO	CONV: SIH	DATA NASC: 06/11/1957	LEITO: 802-A
OBSERVAÇÕES					
PRESCRIÇÃO	MEDICO	DESCRICAÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
404802	MIGUEL AUGUSTO RODRIGUES DEL PINO	NOVASOURCE GC 1.5	POR SNE 30 ML/H EM BI	N	
NOME: MARCELO SUITER					
ATENDIMENT:	4471341	NOME: MARCELO SUITER	CONV: SIH	DATA NASC: 28/10/1966	LEITO: 615-A
OBSERVAÇÕES					
PRESCRIÇÃO	MEDICO	DESCRICAÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
404835	FRESUBIN ENERGY	20 ML/H SNE		N	
NOME: MARCIA ROBERTA DE CAMARGO GUERREIRO					
ATENDIMENT:	4463815	NOME: MARCIA ROBERTA DE CAMARGO GUERREIRO	CONV: SIH	DATA NASC: 16/02/1971	LEITO: 909-A
OBSERVAÇÕES					
PRESCRIÇÃO	MEDICO	DESCRICAÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
404868	MIGUEL AUGUSTO RODRIGUES DEL PINO	NOVASOURCE GC 1.5	POR SNE 40 ML/H EM BI	N	
NOME: MARIA HELENA DA SILVA TEIXEIRA					
ATENDIMENT:	4463805	NOME: MARIA HELENA DA SILVA TEIXEIRA	CONV: SIH	DATA NASC: 13/08/1945	LEITO: 909-A
OBSERVAÇÕES					
PRESCRIÇÃO	MEDICO	DESCRICAÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
405075	RENATO BUCHALLA BARBAR CURY	NOVASOURCE GC 1.5	40 ML/H	N	
NOME: ROSANA DE SOUZA LIMA					
ATENDIMENT:	4461767	NOME: ROSANA DE SOUZA LIMA	CONV: SIH	DATA NASC: 26/02/1961	LEITO: 406-B
OBSERVAÇÕES					
PRESCRIÇÃO	MEDICO	DESCRICAÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT

Impresso por RAISA

LQPD: Relatório pode conter dados pessoais e/ou sensíveis, recomenda-se a destruição após o uso.




### Ficha de Avaliação e Evolução em Terapia Nutricional

Nome:	SANTA CASA RIO PRETO	SENHA	
Data d	MARIA HELENA DA SILVA TEIXEIRA		
Mãe:	FILOMENA PIRES DA SILVA		
Nome Social:		4463805	
Médico:	Méd MARIANNA BUCHALLA BA	Nasc: 13/08/1945	ID: 79
Conv. SIH - SUS INTERNACAO		Sexo: F	Leito: 909-A
Data d	Dr. At.: 07/12/24	Hora: 19:28	Pront. 11555641 INTERNACAO
Hipótese Diagnóstico/Antecedentes:	Longo prazo / Hipertensão grave / QGG / HAS		

Avaliação Nutricional	Data: 24/12/24		
Condição Física	<input type="checkbox"/> Deambula	<input checked="" type="checkbox"/> Acamado(a)	
Dieta Via Oral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Dieta: _____	
Complemento Nutricional Oral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Complemento: _____	
Dieta Enteral	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Dieta: <u>Nutrosonce GCS 5</u> Volume: <u>40ml 12</u>	
Complemento Nutricional Enteral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Complemento: _____	
Alergia ou intolerância alimentar	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		
Alteração Apetite	Qual: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Disfagia	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		
Vômitos	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		
Evacuação	<input type="checkbox"/> Diarreia <input checked="" type="checkbox"/> Obstipação		
Lado Medido	<input type="checkbox"/> Direito <input checked="" type="checkbox"/> Esquerdo		
Altura do joelho (AJ)	49 cm		
Circunferência da Panturrilha (CP)	26 cm		
Circunferência do Braço (CB)	29 cm		
Dobra Cutânea Tricipital (PCT)			
Peso Habitual			
Estatura	<input checked="" type="checkbox"/> Estimada <input type="checkbox"/> Mensurada	1.54 m	
Peso Atual	<input checked="" type="checkbox"/> Estimada <input type="checkbox"/> Mensurada	66 kg	
IMC	28 kg/m <sup>2</sup>		
Peso Ideal			
% de Perda de Peso			
Diagnóstico Nutricional	Risco Nutricional		
Necessidade Energética Total	1980 Kcal		
Necessidade Proteica Total	77g		



## Ficha de Avaliação e Evolução em Terapia Nutricional

Nome	SANTA CASA RIO PRETO		SENHA
	ELISABETE RODRIGUES		
Data	Mãe: BATISTINA PICOLO RODRIGUES		Sexo: Quarto - Leito: 603-B
	Nome Social: 4489166		
Médic	MédRODRIGO BOMFIM RIBEI	Nasc06/12/1957 Id: 87	
	Conv.SIH - SUS INTERNACAO	Sexo: F Leito603-B	
Data	Dt.At.: 13/12/24 Hora07:01 Pront.913815 INTERNACAO		Convênio: SUS
Hipótese Diagnóstico/Antecedentes: <u>ITU / Sepsis / HAS / DM</u>			
Avaliação Nutricional			Data: <u>24/12/24</u>
Condição Física			( ) Deambula (x) Acamado(a)
Dieta Via Oral	(x) Sim ( ) Não	Dieta: <u>Genal amilada</u>	
Complemento Nutricional Oral	( ) Sim (x) Não	Complemento: _____	
Dieta Enteral	(x) Sim ( ) Não	Dieta: <u>Navarance GC</u> Volume: <u>200ml 6x/dia</u>	
Complemento Nutricional Enteral	(x) Sim ( ) Não	Complemento: <u>Lactica 30g 1x/dia</u>	
Alergia ou intolerância alimentar	Qual: _____	( ) Sim (x) Não	
Alteração Apetite	(x) Sim ( ) Não		
Disfagia	( ) Sim (x) Não		
Vômitos	( ) Sim (x) Não		
Evacuação	( ) Diarreia ( ) Obstipação	<u>Normal</u>	
Lado Medido	( ) Direito ( ) Esquerdo		
Altura do joelho (AJ)			
Circunferência da Panturrilha (CP)			
Circunferência do Braço (CB)			
Dobra Cutânea Tricipital (PCT)			
Peso Habitual			
Estatuta	( ) Estimada (x) Mensurada	<u>1.55m</u>	
Peso Atual	( ) Estimada (x) Mensurada	<u>75Kg</u>	
IMC	<u>31 Kg/m<sup>2</sup></u>		
Peso Ideal			
% de Perda de Peso			
Diagnóstico Nutricional	<u>Alimentade</u>		
Necessidade Energética Total	<u>1.875 Kcal</u>		
Necessidade Proteica Total	<u>90g</u>		



**SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO**  
COMPARCASSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



00907 - CENSO DIETAS

DATA - 24/12/2024 ate 24/12/2024 . PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N . CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO)-50001059,50000822,5000194[...]  
CODIGO DO SETOR (CENTRO DE CUSTO) PREDOMINANTE-000198,000004,000188,0001[...]

NOME : ANGELICA DA SILVA FRANCISCO

ATENDIMENT : 4466915 NOME : ANGELICA DA SILVA FRANCISCO CONV: SIH DATA NASC: 28/08/1974 LETTO: 812-A SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRIÇÃO OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT  
405602 APARECIDO PEREIRA NETO FRESUBIN ENERGY 20 ML/H SNE - SUSPENSO ATE ZA ORDE N

NOME : DALVA FERNANDES MUNHOZ

ATENDIMENT : 4478241 NOME : DALVA FERNANDES MUNHOZ CONV: SIH DATA NASC: 03/03/1958 LETTO: 604-A SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRIÇÃO OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT  
405670 APARECIDO PEREIRA NETO NOVASOURCE GC 1.5 40 ML/H SNE

NOME : DARVIN CARLOS FENERICH

ATENDIMENT : 4463968 NOME : DARVIN CARLOS FENERICH CONV: SIH DATA NASC: 08/04/1953 LETTO: 808-B SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRIÇÃO OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT  
405504 ESTER CRISTINA DE ALMEIDA ZEITUNI DIETA ENTERAL PADRONIZADA

NOME : ELIANA APARECIDA MARQUES DOS SANTOS

ATENDIMENT : 4468231 NOME : ELIANA APARECIDA MARQUES DOS SANTOS CONV: SIH DATA NASC: 25/03/1957 LETTO: 918-B SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRIÇÃO OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT  
405516 DIEGO STEFANI BIZINOTO NOVASOURCE GC 1.5 POE SNE 30 ML/H EM BI

NOME : JAIRO RODRIGO RIBEIRO

ATENDIMENT : 4476091 NOME : JAIRO RODRIGO RIBEIRO CONV: SIH DATA NASC: 04/07/1978 LETTO: 616-B SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRIÇÃO OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT  
405583 MIGUEL AUGUSTO RODRIGUES DEL PINO NOVASOURCE GC 1.5 POE SNE 30 ML/H EM BI

NOME : JONESMAR EDUARDO PALADINO

Impresso por: MATISA



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
COMISSÃO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



00907 - CENSO DIETAS

DATA: 24/12/2024 ate 24/12/2024 . PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N . CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO)-50001059,50000822,50001941...]  
CODIGO DO SETOR (CENTRO DE CUSTO) PREDOMINANTE-000198,000004,000188,0001...]

PRESCRIÇÃO	MEDICO	DESCRICAÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
405652	ANA RACHEL DE OLIVEIRA VERMEJO	FRESUBIN ENERGY	30 ML/H SNE	N	
NOME: MARCIA ROBERTA DE CAMARGO GUERREIRO					
ATENDIMENT:	4463815	NOME: MARCIA ROBERTA DE CAMARGO GUERREIRO	CONV: SIH	DATA NASC: 16/02/1971	LEITO: 909-A
PRESCRIÇÃO	MEDICO	DESCRICAÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
405632	MIGUEL AUGUSTO RODRIGUES DEL PINO	NOVASOURCE GC 1.5	POR SNE 40 ML/H EM BI	N	
NOME: MARIA HELENA DA SILVA TEIXEIRA					
ATENDIMENT:	4463805	NOME: MARIA HELENA DA SILVA TEIXEIRA	CONV: SIH	DATA NASC: 13/08/1945	LEITO: 909-A
PRESCRIÇÃO	MEDICO	DESCRICAÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
405734	RENATO BUCHALLA BARBAR CURY	NOVASOURCE GC 1.5	40 ML/H	N	
NOME: ROSANA DE SOUZA LIMA					
ATENDIMENT:	4461767	NOME: ROSANA DE SOUZA LIMA	CONV: SIH	DATA NASC: 26/02/1961	LEITO: 406-B
PRESCRIÇÃO	MEDICO	DESCRICAÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
405535	EDUARDO MAVRHOFFER SARGI	FRESUBIN ENERGY	30ML/H	N	
NOME: ROSY CAROLINA LOPES BELLO					
ATENDIMENT:	4469248	NOME: ROSY CAROLINA LOPES BELLO	CONV: SIH	DATA NASC: 14/06/1981	LEITO: 801-A
PRESCRIÇÃO	MEDICO	DESCRICAÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
405613	APARECIDO PEREIRA NETO	FRESUBIN ENERGY	40 ML/H SNE	N	
NOME: SEBASTIAO SALVADOR GONCALVES					
ATENDIMENT:	4458038	NOME: SEBASTIAO SALVADOR GONCALVES	CONV: SIH	DATA NASC: 09/11/1953	LEITO: 614-B
PRESCRIÇÃO	MEDICO	DESCRICAÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT

Impresso por MARISA



### Ficha de Avaliação e Evolução em Terapia Nutricional

Nome: SANTA CASA RIO PRETO	SENHA
Nome: IVETE PEDRETTI MARITAN	
Data Mãe: MARIA JOSEFA MERLUCCI PEDRETTI	
Nome Social: 4476503	
Médico: MÉDSTER ZEITUNI	Nasc: 07/09/1943 Id: 81
Conv. SIH - SUS INTERNACAO	Sexo: F Leito: 812-B
Data Dt. At.: 23/12/24 Hora: 10:40 Pront. 835073 INTERNACAO	Convênio: SUS
Hipótese Diagnóstico/Antecedentes: ITU ICA endometria uterina IV	

Avaliação Nutricional	Data: 26/12/24
Condição Física	( ) Deambula (x) Acamado(a)
Dieta Via Oral	( ) Sim (x) Não Dieta: _____
Complemento Nutricional Oral	( ) Sim (x) Não Complemento: _____
Dieta Enteral	(x) Sim ( ) Não Dieta: <u>Amulim Energy</u> Volume: <u>200 ml / 6 x / dia</u>
Complemento Nutricional Enteral	( ) Sim (x) Não Complemento: _____
Alergia ou intolerância alimentar	Qual: _____ ( ) Sim (x) Não
Alteração Apetite	(x) Sim ( ) Não
Disfagia	( ) Sim (x) Não
Vômitos	( ) Sim (x) Não
Evacuação	( ) Diarreia ( ) Obstipação
Lado Medido	( ) Direito <u>Normal</u> ( ) Esquerdo
Altura do joelho (AJ)	
Circunferência da Panturrilha (CP)	
Circunferência do Braço (CB)	
Dobra Cutânea Tricipital (PCT)	
Peso Habitual	
Estatura	( ) Estimada (x) Mensurada <u>1.60m</u>
Peso Atual	( ) Estimada (x) Mensurada <u>86kg</u>
IMC	<u>34 kg/m<sup>2</sup></u>
Peso Ideal	
% de Perda de Peso	
Diagnóstico Nutricional	<u>Obesidade</u>
Necessidade Energética Total	<u>1.893 Kcal</u>
Necessidade Proteica Total	<u>103g</u>



## Ficha de Avaliação e Evolução em Terapia Nutricional

SENHA

Nome: SANTA CASA RIO PRETO  
 Newton DE CAMPOS OLIVEIRA  
 Mãe: OLIVIA DE OLIVEIRA CAMPOS  
 Nome Social: 4477592  
 Médico: MéDROGERIO DEL ARCO Nasc02/01/1939 Id: 95  
 Conv.SIH - SUS INTERNACAO Sexo: M Leito808-B  
 Data d Dt.At.: 24/12/24 Hora20:45 Pront.101230ZINTERNAC:0

Sexo: Quarto - Leito: 808-B

Convênio: SUS

Hipótese Diagnóstico/Antecedentes: *glaucôma e evolução p/ TCE e Rebaixamento do nível de consciência*

Avaliação Nutricional

Condição Física

Data: 26/12/24

Dieta Via Oral

( ) Deambula (x) Acamado(a)

Complemento Nutricional Oral

( ) Sim (x) Não Dieta: \_\_\_\_\_

Dieta Enteral

( ) Sim (x) Não Complemento: \_\_\_\_\_

Complemento Nutricional Enteral

(x) Sim ( ) Não Dieta: *Nutrosone GC 1.5* Volume: *40 ml/d*

Alergia ou intolerância alimentar

( ) Sim (x) Não Complemento: \_\_\_\_\_

Alteração Apetite

Qual: ( ) Sim (x) Não

Disfagia

(x) Sim ( ) Não

Vômitos

( ) Sim (x) Não

Evacuação

( ) Diarreia (x) Obstipação

Lado Medido

( ) Direito ( ) Esquerdo

Altura do joelho (AJ)

Circunferência da Panturrilha (CP)

Circunferência do Braço (CB)

Dobra Cutânea Tricipital (PCT)

Peso Habitual

Estatuta

( ) Estimada (x) Mensurada

Peso Atual

( ) Estimada (x) Mensurada

IMC

*56 Kg*

Peso Ideal

*25 Kg/m<sup>2</sup>*

% de Perda de Peso

Diagnóstico Nutricional

*Antropico*

Necessidade Energética Total

*1.600 kcal*

Necessidade Proteica Total

*84g*





SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



00907 - CENSO DIETAS  
DATA - 26/12/2024 ate 26/12/2024 - PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N. CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO)-50001059.50000822.5000194[...]  
CODIGO DO SETOR (CENTRO DE CUSTO) PREDOMINANTE-000198.000004.000188.0001[...]

PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRICAÇÃO	OBSERVAÇÕES	CONV: SIH	DATA NASC:	LEITO:	MOTIVO CANCELAMENT	SETOR:
407347	NATHAN ARTHURO GUIMARAES DE CAMPOS	NOVASOURCE GC 1.5	30 ML/H					
NOME: MADALENA RODRIGUES DIONISIO								
ATENDIMENT:	4461430	NOME: MADALENA RODRIGUES DIONISIO		CONV: SIH	DATA NASC: 06/11/1957	LEITO: 802-A		SETOR: UNI
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRICAÇÃO	OBSERVAÇÕES	CONV: SIH	DATA NASC:	LEITO:	MOTIVO CANCELAMENT	SETOR:
406959	MIGUEL AUGUSTO RODRIGUES DEL PINO	NOVASOURCE GC 1.5	POR SNE 30 ML/H EM BI					
NOME: MARCELO SUTER								
ATENDIMENT:	4471341	NOME: MARCELO SUTER		CONV: SIH	DATA NASC: 28/10/1966	LEITO: 615-A		SETOR: UNI
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRICAÇÃO	OBSERVAÇÕES	CONV: SIH	DATA NASC:	LEITO:	MOTIVO CANCELAMENT	SETOR:
407115	ANA RACHEL DE OLIVEIRA VERMEJO	FRESUBIN ENERGY	40 ML/H SNE					
NOME: MARCIA ROBERTA DE CAMARGO GUERREIRO								
ATENDIMENT:	4463815	NOME: MARCIA ROBERTA DE CAMARGO GUERREIRO		CONV: SIH	DATA NASC: 16/02/1971	LEITO: 909-A		SETOR: UNI
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRICAÇÃO	OBSERVAÇÕES	CONV: SIH	DATA NASC:	LEITO:	MOTIVO CANCELAMENT	SETOR:
407140	MIGUEL AUGUSTO RODRIGUES DEL PINO	NOVASOURCE GC 1.5	POR SNE 40 ML/H EM BI					
NOME: MARIA HELENA DA SILVA TEIXEIRA								
ATENDIMENT:	4463805	NOME: MARIA HELENA DA SILVA TEIXEIRA		CONV: SIH	DATA NASC: 13/08/1945	LEITO: 909-A		SETOR: UNI
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRICAÇÃO	OBSERVAÇÕES	CONV: SIH	DATA NASC:	LEITO:	MOTIVO CANCELAMENT	SETOR:
407243	RENATO BUCHALLA BARBAR CURY	NOVASOURCE GC 1.5	40 ML/H					
NOME: NEWTON DE CAMPOS OLIVEIRA								
ATENDIMENT:	4477592	NOME: NEWTON DE CAMPOS OLIVEIRA		CONV: SIH	DATA NASC: 02/01/1939	LEITO: 808-B		SETOR: UNI
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRICAÇÃO	OBSERVAÇÕES	CONV: SIH	DATA NASC:	LEITO:	MOTIVO CANCELAMENT	SETOR:

Impresso por: WAI9A



## Ficha de Avaliação e Evolução em Terapia Nutricional

Nome:	SANTA CASA RIO PRETO		
	ANGELICA DA SILVA FRANCISCO		
Data d:	Mãe: DEVANIRA FLORENCIA DA SILVA FRANCISCO	SENHA	
	Nome Social: 4486915		
Médic:	MEDLIVIA MARIA MORAES D	Nasc: 28/08/1974	Id: 50
	Conv. SIH - SUS INTERNACAO	Sexo: F	Leito: 012-A
Data d:	Dt. At.: 11/12/24	Hora: 11:51	Pront. 749309 INTERNACAO
Hipótese Diagnóstico/Antecedentes:	Bloqueio vestibular a la / HAS / fibrilatrial		
Avaliação Nutricional	Convênio: SUS		
Condição Física	Data: 27.12.24		
Dieta Via Oral	<input type="checkbox"/> Deambula <input checked="" type="checkbox"/> Acamado(a)		
	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não    Dieta: _____		
Complemento Nutricional Oral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não    Complemento: _____		
Dieta Enteral	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não    Dieta: <u>Granulin Energy</u> Volume: <u>30ml 1x</u>		
Complemento Nutricional Enteral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não    Complemento: _____		
Alergia ou intolerância alimentar	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		
Alteração Apetite	Qual: _____ <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		
Disfagia	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		
Vômitos	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		
Evacuação	<input type="checkbox"/> Diarreia <input checked="" type="checkbox"/> Obstipação		
Lado Medido	<input type="checkbox"/> Direito <input type="checkbox"/> Esquerdo		
Altura do joelho (AJ)			
Circunferência da Panturrilha (CP)			
Circunferência do Braço (CB)			
Dobra Cutânea Tricipital (PCT)			
Peso Habitual			
Estatura	<input type="checkbox"/> Estimada <input checked="" type="checkbox"/> Mensurada		
Peso Atual	<input type="checkbox"/> Estimada <input checked="" type="checkbox"/> Mensurada		
IMC	1.54 m 59 Kg		
Peso Ideal	25 Kg/m <sup>2</sup>		
% de Perda de Peso			
Diagnóstico Nutricional	Pêntria		
Necessidade Energética Total	1.770 Kcal		
Necessidade Proteica Total	88g		



## Ficha de Avaliação e Evolução em Terapia Nutricional

**Nome:** SANTA CASA RIO PRETO  
**ELSON DE CARVALHO SILVA**

**Data de:** Mãe: MARINALVA LOPES DE CARVALHO SILVA  
 Nome Social: 4477745

**Médico:** Méd. ROGERIO DEL ARCO Nasc: 23/10/1995 Id: 26  
 Conv. SIH - SUS INTERNACAO Sexo: M Leito: 808-B

**Data de:** Dt. At.: 25/12/24 Hora: 14:43 Pront. 1156482 INTERNACAO

**Hipótese Diagnóstico/Antecedentes:** TCE (golite trauma) / crise convulsiva / Dragoligo

**Convênio:** SUS

**Sexo:** Quarto - Leito: 808-B

Avaliação Nutricional	Data:
Condição Física	25/12/24
Dieta Via Oral	<input checked="" type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Acamado(a)
Complemento Nutricional Oral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Dieta: _____
Dieta Enteral	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Dieta: Invenelis Energy Volume: 20ml / l
Complemento Nutricional Enteral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Complemento: _____
Alergia ou intolerância alimentar	Qual: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
Alteração Apetite	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Disfagia	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
Vômitos	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
Evacuação	<input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Obstipação
Lado Medido	<input type="checkbox"/> Direito <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Esquerdo
Altura do joelho (AJ)	
Circunferência da Panturrilha (CP)	
Circunferência do Braço (CB)	
Dobra Cutânea Tricipital (PCT)	
Peso Habitual	
Estatuta	<input type="checkbox"/> Estimada <input checked="" type="checkbox"/> Mensurada
Peso Atual	<input type="checkbox"/> Estimada <input checked="" type="checkbox"/> Mensurada
IMC	20 kg/m <sup>2</sup>
Peso Ideal	24 kg/m <sup>2</sup>
% de Perda de Peso	
Diagnóstico Nutricional	Risco Nutricional
Necessidade Energética Total	2.000 Kcal
Necessidade Proteica Total	105g



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
COMISSÃO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



00907 - CENSO DIETAS  
DATA - 27/12/2024 ate 27/12/2024 , PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N. CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO): 50001059, 50000822, 5000194I. ]  
CODIGO DO SETOR (CENTRO DE CUSTO) PREDOMINANTE: 000198, 000004, 000188, 0001. ]

NOME : ANA DE FREITAS NOBRE

ATENDIMENT : 4475923

NOME : ANA DE FREITAS NOBRE

CONV: SIH DATA NASC: 03/09/1944

LEITO: 609-A

SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

408011

DESCRIÇÃO

OBSERVAÇÕES

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

408257

DESCRIÇÃO

N

NOME : ANGELICA DA SILVA FRANCISCO

ATENDIMENT : 4466915

NOME : ANGELICA DA SILVA FRANCISCO

CONV: SIH DATA NASC: 28/08/1974

LEITO: 812-A

SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

407872

DESCRIÇÃO

OBSERVAÇÕES

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

NOME : DALVA FERNANDES MUNHOZ

ATENDIMENT : 4470241

NOME : DALVA FERNANDES MUNHOZ

CONV: SIH DATA NASC: 03/03/1958

LEITO: 604-A

SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

407880

DESCRIÇÃO

OBSERVAÇÕES

N

NOME : ELIANA APARECIDA MARQUES DOS SANTOS

ATENDIMENT : 4468231

NOME : ELIANA APARECIDA MARQUES DOS SANTOS

CONV: SIH DATA NASC: 25/03/1957

LEITO: 910-B

SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

407821

DESCRIÇÃO

OBSERVAÇÕES

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

NOME : ELSON DE CARVALHO SILVA

ATENDIMENT : 4477745

NOME : ELSON DE CARVALHO SILVA

CONV: SIH DATA NASC: 23/10/1995

LEITO: 888-B

SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

407878

DESCRIÇÃO

OBSERVAÇÕES

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

APARECIDO PEREIRA NETO

FRESUBIN ENERGY

20 ML/H SNE

N

Impresso por: MAISA



**SANTA CASA DE MISERICÓRDIA**  
**DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO**  
 COMPROVISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



00907 - CENSO DIETAS

DATA - 27/12/2024 ate 27/12/2024 , PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N, CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO)-50001059,50000822,50001941.]  
 CODIGO DO SETOR (CENTRO DE CUSTO) PREDOMINANTE-000198,000004,000188,00011..]

ATENDIMENT: 4478051 NOME: LELIS HENRIQUE MOREIRA DOS SANTOS CONV: SIH DATA NASC: 09/07/2003 LEITO: 908-A SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRICÃO OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT  
 408171 RENATO ARANTES LIMA SIMOES FRESUBIN ENERGY 100 ML 4/4 HORAS. N LEITO: 618-A SETOR: UNI

NOME: LUCIA APARECIDA DE SOUZA

ATENDIMENT: 4451914 NOME: LUCIA APARECIDA DE SOUZA CONV: SIH DATA NASC: 17/12/1953 LEITO: 618-A SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRICÃO OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT  
 407900 NATHAN ARTHURO GUIMARAES DE CAMPOS NOVASOURCE GC 1.5 30 ML/H N LEITO: 802-A SETOR: UNI

NOME: MADALENA RODRIGUES DIONISIO

ATENDIMENT: 4461430 NOME: MADALENA RODRIGUES DIONISIO CONV: SIH DATA NASC: 06/11/1957 LEITO: 802-A SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRICÃO OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT  
 407881 ANA BEATRIZ THOME DORIA NOVASOURCE GC 1.5 POR SNE 40 ML/H EM BI N LEITO: 909-A SETOR: UNI

NOME: MARCELO SUITER

ATENDIMENT: 4471341 NOME: MARCELO SUITER CONV: SIH DATA NASC: 28/10/1966 LEITO: 615-A SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRICÃO OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT  
 407795 DIEGO STEFANI BIZINOTO FRESUBIN ENERGY 40 ML/H SNE N LEITO: 909-A SETOR: UNI

NOME: MARCIA ROBERTA DE CAMARGO GUERREIRO

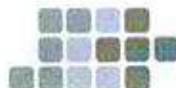
ATENDIMENT: 4463815 NOME: MARCIA ROBERTA DE CAMARGO GUERREIRO CONV: SIH DATA NASC: 16/02/1971 LEITO: 909-A SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO DESCRICÃO OBSERVAÇÕES PRESCRIÇÃO CANCELADA MOTIVO CANCELAMENT  
 408112 ANA BEATRIZ THOME DORIA NOVASOURCE GC 1.5 POR SNE 40 ML/H EM BI N LEITO: 909-A SETOR: UNI

NOME: MARIA HELENA DA SILVA TEIXEIRA

ATENDIMENT: 4463805 NOME: MARIA HELENA DA SILVA TEIXEIRA CONV: SIH DATA NASC: 13/08/1945 LEITO: 909-A SETOR: UNI

Impressa por MLISA



## Ficha de Avaliação e Evolução em Terapia Nutricional

Nome:	SANTA CASA RIO PRETO ROSA TAMBONIS	SEXO: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Quarto - Leito: 809-A
Data d	Mãe: ANUNCIATA BONHARO Nome Social: 4479599	Sexo:	
Médico:	MéDester ZEITUNI Conv. SIH - SUS INTERNACAO	Nasc: 12/05/1939 Id: 85	Sexo: F Leito: 809-A
Data d	Dt. At.: 28/12/24 Hora: 05:59 Pront. 97009 INTERNACAO	Convênio:	505
Hipótese Diagnóstico/Antecedentes: <i>confusão mental</i>			

Avaliação Nutricional	Data: <i>30/12/24</i>	
Condição Física	<input type="checkbox"/> Deambula	<input checked="" type="checkbox"/> Acamado(a)
Dieta Via Oral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Dieta: _____
Complemento Nutricional Oral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Complemento: _____
Dieta Enteral	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Dieta: <i>Amulim Energy</i> Volume: <i>200ml 6x/dia</i>
Complemento Nutricional Enteral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Complemento: _____
Alergia ou intolerância alimentar	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
Alteração Apetite	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Disfagia	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
Vômitos	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
Evacuação	<input type="checkbox"/> Diarreia	<input checked="" type="checkbox"/> Obstipação
Lado Medido	<input type="checkbox"/> Direito	<input checked="" type="checkbox"/> Esquerdo
Altura do joelho (AJ)	<i>51 cm</i>	
Circunferência da Panturrilha (CP)	<i>30 cm</i>	
Circunferência do Braço (CB)	<i>28 cm</i>	
Dobra Cutânea Tricipital (PCT)		
Peso Habitual		
Estatura	<input checked="" type="checkbox"/> Estimada	<input type="checkbox"/> Mensurada
Peso Atual	<input checked="" type="checkbox"/> Estimada	<input type="checkbox"/> Mensurada
IMC	<i>27 Kg/m<sup>2</sup></i>	
Peso Ideal		
% de Perda de Peso		
Diagnóstico Nutricional	<i>Risco Nutricional</i>	
Necessidade Energética Total	<i>1.950 Kcal</i>	
Necessidade Proteica Total	<i>28g</i>	



### Ficha de Avaliação e Evolução em Terapia Nutricional

Nome:	SANTA CASA RIO PRETO	SENHA	
	CARMEN PORCEL DE SOUZA		
Data de	Mãe: MARIA PORCEL		exo: Quarto - Leito: 407-B
	Nome Social:	4477859	
Médico:	MédCARLA M RODRIGUES	Nasc29/05/1925 Id: 99	
	Conv.SIH - SUS INTERNACAO	Sexo: F LeitoUTI-86	
Data de	Dt.At.: 25/12/24	Hora08:48 Pront.833432 INTERNACAO	Convênio: 505
Hipótese Diagnóstico/Antecedentes: 49 PO fratura fêmur @			

Avaliação Nutricional		Data: 30/12/24
Condição Física	( ) Deambula	(X) Acamado(a)
Dieta Via Oral	( ) Sim (X) Não	Dieta: _____
Complemento Nutricional Oral	( ) Sim (X) Não	Complemento: _____
Dieta Enteral	(X) Sim ( ) Não	Dieta: <u>Amulim Energy</u> Volume: <u>200 ml 6x/dia</u>
Complemento Nutricional Enteral	(X) Sim ( ) Não	Complemento: <u>Amulim Proteia Energy Drink</u>
Alergia ou intolerância alimentar	( ) Sim	(X) Não
Qual:	_____	
Alteração Apetite	(X) Sim	( ) Não
Disfagia	( ) Sim	(X) Não
Vômitos	( ) Sim	(X) Não
Evacuação	( ) Diarreia	( ) Obstipação
Lado Medido	( ) Direito	( ) Esquerdo
Altura do joelho (AJ)		
Circunferência da Panturrilha (CP)		
Circunferência do Braço (CB)		
Dobra Cutânea Tricipital (PCT)		
Peso Habitual		
Estatura	( ) Estimada	(X) Mensurada
Peso Atual	( ) Estimada	(X) Mensurada
IMC	1.40m 55 Kg 28 Kg/m <sup>2</sup>	
Peso Ideal		
% de Perda de Peso		
Diagnóstico Nutricional	Risco Nutricional	
Necessidade Energética Total	1925 Kcal	
Necessidade Proteica Total	66g	



**SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO**  
COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR



R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500

00907 - CENSO DIETAS

DATA - 30/12/2024 ate 30/12/2024 , PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N , CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO)-50001059,50000822,5000194[...]  
CODIGO DO SETOR (CENTRO DE CUSTO) PREDOMINANTE-000198,000004,000188,0001[...]

NOME: ANA DE FREITAS NOBRE

ATENDIMENT: 4475923

NOME: ANA DE FREITAS NOBRE

CONV: SIH DATA NASC: 03/09/1944

LEITO: 609-A

SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

DESCRIÇÃO

OBSERVAÇÕES

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

410645 ESTER CRISTINA DE ALMEIDA ZEITONI

DIETA ENTERAL PADRONIZADA

N

NOME: ANGELICA DA SILVA FRANCISCO

ATENDIMENT: 4466915

NOME: ANGELICA DA SILVA FRANCISCO

CONV: SIH DATA NASC: 28/08/1974

LEITO: 812-A

SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

DESCRIÇÃO

OBSERVAÇÕES

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

410418 LIVIA MARIA MORAES DUMONT

FRESUBIN ENERGY

N

NOME: ANTONIO LAERTE BELAO

ATENDIMENT: 4477712

NOME: ANTONIO LAERTE BELAO

CONV: SIH DATA NASC: 28/12/1949

LEITO: 408-B

SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

DESCRIÇÃO

OBSERVAÇÕES

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

410472 APARECIDO PEREIRA NETO

FRESUBIN ENERGY

N

NOME: BENEDITA APARECIDA CONSTANTINO

ATENDIMENT: 4480262

NOME: BENEDITA APARECIDA CONSTANTINO

CONV: SIH DATA NASC: 20/11/1949

LEITO: 811-A

SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

DESCRIÇÃO

OBSERVAÇÕES

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

410703 EMANUEL PEDRO DE CARVALHO TAUIR

DIETA ENTERAL PADRONIZADA

300ML

N

410977 RODRIGO CARREIRA GERALDE

NOVASOURCE GC 1.5

20 ML/H SNE - SUSPENSA ATE SEGUNDA

N

NOME: DALVA FERNANDES MUNHOZ

ATENDIMENT: 4470241

NOME: DALVA FERNANDES MUNHOZ

CONV: SIH DATA NASC: 03/03/1958

LEITO: 604-A

SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

DESCRIÇÃO

OBSERVAÇÕES

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

410609 LUCIANA MANSUR PINTO BORGES

NOVASOURCE GC 1.5

40 ML/H SNE

N

Impresso por WALSA



**SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO**  
COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR



R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500

00907 - CENSO DIETAS

DATA - 30/12/2024 ate 30/12/2024 , PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N, CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO)-50001059,500008222,5000194[.] ]  
CODIGO DO SETOR (CENTRO DE CUSTO) PREDOMINANTE-000198,000004,000188,0001[.] ]

ATENDIMENT : 4461430	NOME : MARCELO SUITER	CONV : SIH	DATA NASC : 06/11/1957	LEITO : 802-A	SETOR : UNI
PRESCRIÇÃO MÉDICO	EMANUEL PEDRO DE CARVALHO TAUYR				
410679	NOVASOURCE GC 1.5	POR SNE 40 ML/H EM BI		N	PRESCRIÇÃO CANCELADA
					MOTIVO CANCELAMENT
ATENDIMENT : 4471341	NOME : MARCELO SUITER	CONV : SIH	DATA NASC : 28/10/1966	LEITO : 615-A	SETOR : UNI
PRESCRIÇÃO MÉDICO	DIEGO STEFANI BIZINOTO				
410379	FRESUBIN ENERGY	40 ML/H SNE		N	PRESCRIÇÃO CANCELADA
					MOTIVO CANCELAMENT
ATENDIMENT : 4463815	NOME : MARCIA ROBERTA DE CAMARGO GUERREIRO	CONV : SIH	DATA NASC : 16/02/1971	LEITO : 909-A	SETOR : UNI
PRESCRIÇÃO MÉDICO	MIGUEL AUGUSTO RODRIGUES DEL PINO				
410447	NOVASOURCE GC 1.5	POR SNE 40 ML/H EM BI		N	PRESCRIÇÃO CANCELADA
					MOTIVO CANCELAMENT
ATENDIMENT : 4479651	NOME : MARIA CONCEICAO DOS SANTOS	CONV : SIH	DATA NASC : 17/10/1942	LEITO : 407-B	SETOR : UNI
PRESCRIÇÃO MÉDICO	NOVASOURCE GC 1.5	30 ML/H POR SNE 6 VEZES AO DIA		N	PRESCRIÇÃO CANCELADA
410738					MOTIVO CANCELAMENT
ATENDIMENT : 4463805	NOME : MARIA HELENA DA SILVA TEIXEIRA	CONV : SIH	DATA NASC : 13/08/1945	LEITO : 909-A	SETOR : UNI
PRESCRIÇÃO MÉDICO	MARIANNA BUCHALLA BARBAR CURY				
410718	NOVASOURCE GC 1.5	40 ML/H		N	PRESCRIÇÃO CANCELADA
					MOTIVO CANCELAMENT
ATENDIMENT : 4477592	NOME : NEWTON DE CAMPOS OLIVEIRA	CONV : SIH	DATA NASC : 02/01/1939	LEITO : 808-B	SETOR : UNI

Impresso por MAISA

LGPD: Relatório pode conter dados pessoais e/ou sensíveis, recomenda-se a destruição após o uso



## Ficha de Avaliação e Evolução em Terapia Nutricional

Nome:	SANTA CASA RIO PRETO SENHA BENEDITA APARECIDA CONSTANTINO	
Data de:	Mãe: VERGINIA FELIX DE JESUS Nome Social: 4480202	Sexo: Quarto - Leito: 811-A
Médico:	Méd. MANUEL PEDRO DE CAR Nasc: 20/11/1949 Id: 75 Conv. SIH - SUS INTERNACAO Sexo: F Leito: 811-A	
Data de:	Di. At.: 29/12/24 Hora: 07:01 Pront. 303041 INTERNACAO	Convênio: SUS
Hipótese Diagnóstico/Antecedentes:	TEP / YNM / PPOC / HAS / DM	

Avaliação Nutricional	Data: 31/12/24	
Condição Física	<input type="checkbox"/> Deambula <input checked="" type="checkbox"/> Acamado(a)	
Dieta Via Oral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Dieta: _____	
Complemento Nutricional Oral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Complemento: _____	
Dieta Enteral	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Dieta: <u>Neuramince G.C.L.5</u> Volume: <u>20 ml / lb</u>	
Complemento Nutricional Enteral	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Complemento: _____	
Alergia ou intolerância alimentar	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Qual: _____	
Alteração Apetite	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Disfagia	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Vômitos	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Evacuação	<input checked="" type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Obstipação	
Lado Medido	<input type="checkbox"/> Direito <input type="checkbox"/> Esquerdo	
Altura do joelho (AJ)		
Circunferência da Panturrilha (CP)		
Circunferência do Braço (CB)		
Dobra Cutânea Tricipital (PCT)		
Peso Habitual		
Estatura	<input type="checkbox"/> Estimada <input checked="" type="checkbox"/> Mensurada <u>1,55 m</u>	
Peso Atual	<input type="checkbox"/> Estimada <input checked="" type="checkbox"/> Mensurada <u>55 Kg</u>	
IMC	<u>23 Kg/m<sup>2</sup></u>	
Peso Ideal		
% de Perda de Peso		
Diagnóstico Nutricional	<u>Risco Nutricional</u>	
Necessidade Energética Total	<u>1925 Kcal</u>	
Necessidade Proteica Total	<u>83g</u>	



R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



00907 - CENSO DIETAS

DATA - 31/12/2024 ate 31/12/2024 , PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N , CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVICIO)-50001059,50000822,5000194[...]  
 CODIGO DO SETOR (CENTRO DE CUSTO) PREDOMINANTE-000198,000004,000188,0001[...]

NOME: ANA DE FREITAS NOBRE

ATENDIMENT: 4475923

NOME: ANA DE FREITAS NOBRE

CONV: SIH DATA NASC: 03/09/1944

LEITO: 609-A

SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

DESCRIÇÃO

OBSERVAÇÕES

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

411445 ESTER CRISTINA DE ALMEIDA ZEITUMI

DIETA ENTERAL PADRONIZADA

N

NOME: ANGELICA DA SILVA FRANCISCO

ATENDIMENT: 4466915

NOME: ANGELICA DA SILVA FRANCISCO

CONV: SIH DATA NASC: 28/08/1974

LEITO: 812-A

SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

DESCRIÇÃO

OBSERVAÇÕES

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

411217 LIVIA MARIA MORAES DUMONT

FRESUBIN ENERGY

N

NOME: ANTONIO LAERTE BELAO

ATENDIMENT: 4477712

NOME: ANTONIO LAERTE BELAO

CONV: SIH DATA NASC: 28/12/1949

LEITO: 408-B

SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

DESCRIÇÃO

OBSERVAÇÕES

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

411284 EDUARDO MAYRHOFFER SARGI

FRESUBIN ENERGY

N

NOME: BENEDITA APARECIDA CONSTANTINO

ATENDIMENT: 4480262

NOME: BENEDITA APARECIDA CONSTANTINO

CONV: SIH DATA NASC: 20/11/1949

LEITO: 811-A

SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

DESCRIÇÃO

OBSERVAÇÕES

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

411285 RODRIGO CARREIRA GERALDE

NOVASOURCE GC 1.5

N

NOME: DALVA FERNANDES MUNHOZ

ATENDIMENT: 4470241

NOME: DALVA FERNANDES MUNHOZ

CONV: SIH DATA NASC: 03/03/1958

LEITO: 604-A

SETOR: UNI

PRESCRIÇÃO MÉDICO

DESCRIÇÃO

OBSERVAÇÕES

PRESCRIÇÃO CANCELADA

MOTIVO CANCELAMENT

411400 APARECIDO PEREIRA NETO

NOVASOURCE GC 1.5

N

NOME: DELCIDES ROZENDO DA SILVA

Impresso por MAISA



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
COMPROSSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

R: Fritz Jacobs, 1236 - São José do Rio Preto - SP - CEP 15.025-500



00907 - CENSO DIETAS

DATA - 31/12/2024 ate 31/12/2024 - PRESCRIÇÃO OU ITEM CANCELADO? - N. CODIGO DO ELEMENTO (QUANDO FOR UM SERVIÇO)-50001059.500008222.50001941...]  
CODIGO DO SETOR (CENTRO DE CUSTO) PREDOMINANTE-000198.000004.000198.0001...

PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
411204	DIEGO STEFANI BIZZINOTO	FRESUBIN ENERGY	40 ML/H SNE	N	
NOME: MARCIA ROBERTA DE CAMARGO GUERREIRO					
ATENDIMENT:	4463815	NOME: MARCIA ROBERTA DE CAMARGO GUERREIRO	CONV: SIH	DATA NASC: 16/02/1971	LEITO: 909-A
SECTOR: UNI					
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
411355	MIGUEL AUGUSTO RODRIGUES DEL PINO	NOVASOURCE GC 1.5	POR SNE 40 ML/H EM BI	N	
NOME: MARIA CONCEICAO DOS SANTOS					
ATENDIMENT:	4479651	NOME: MARIA CONCEICAO DOS SANTOS	CONV: SIH	DATA NASC: 17/10/1942	LEITO: 407-B
SECTOR: UNI					
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
411349	MIGUEL AUGUSTO RODRIGUES DEL PINO	NOVASOURCE GC 1.5	30 ML/H POR SNE 6 VEZES AO DIA	N	
NOME: MARIA HELENA DA SILVA TEIXEIRA					
ATENDIMENT:	4463805	NOME: MARIA HELENA DA SILVA TEIXEIRA	CONV: SIH	DATA NASC: 13/08/1945	LEITO: 909-A
SECTOR: UNI					
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
411376	RENATO BUCHALLA BARBAR CURY	NOVASOURCE GC 1.5	40 ML/H	N	
NOME: NEWTON DE CAMPOS OLIVEIRA					
ATENDIMENT:	4477592	NOME: NEWTON DE CAMPOS OLIVEIRA	CONV: SIH	DATA NASC: 02/01/1939	LEITO: 808-B
SECTOR: UNI					
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT
411268	EDUARDO MAYRHOFFER SARGI	NOVASOURCE GC 1.5	40ML/H POR SNE	N	
NOME: ODETE FRANCISSCA RIBEIRO					
ATENDIMENT:	4482359	NOME: ODETE FRANCISSCA RIBEIRO	CONV: SIH	DATA NASC: 11/04/1957	LEITO: 605-A
SECTOR: UNI					
PRESCRIÇÃO	MÉDICO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES	PRESCRIÇÃO CANCELADA	MOTIVO CANCELAMENT

Impresso por MAUSA

LGPD: Relatório pode conter dados pessoais e/ou sensíveis, recomenda-se a destruição após o uso