UMI
UNIDADE MATERNO INFANTIL DE COITÉ
Cuidando com Amor.

REGISTRO DE ENFERMAGEM RECÉM NASCIDO

RN DE:_____SEXO ( ) FEMININO ( ) MASCULINO

DATA: _____/_____/_____ PRONTUÁRIO:_____LEITO:_____

SINAIS VITAIS (SSVV)

DATA	HORA	FR (imp)	FC (Bpm)	TC	PESO	HGT	SpO2	ASSINATURA

PEGA E SUCÇÃO: ( )BOA ( ) RUIM

AMAMENTAÇÃO: ( ) ACEITA ( ) NÃO ACEITA ( ) MISTO ( ) LEITE ARTIFICIAL

ABDÔMEN: ( ) TIMPÂNICO ( ) ATIMPÂNICO

COTO UMBILICAL: ( ) GELATINOSO ( ) EM PROCESSO DE MUMIFICAÇÃO ( ) SINAL DE INFECÇÃO ( ) CICATRIZAÇÃO

GENITÁLIA: ( ) NORMAL ( ) ANORMAL OBS:_____

MMSS E MMII: ( ) COM MOBILIDADE ( ) SEM MOBILIDADE OBS:_____

ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS: DIURESE: ( ) PRESENTE ( ) AUSENTE OBS:_____

INTESTINAL: ( ) PRESENTE ( ) AUSENTE OBS:_____

REGISTRO DE TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Data/Hora	Evolução	Assinatura