

Nome:		Idade:	
Matrícula:		Função:	
Supervisor:			
HAS ()	DM ()	Problemas psiquiátricos ()	Outros ()
Medicamentos em uso:			
Se for do sexo feminino, está no período menstrual? () Sim () Não			
D1 - Parâmetros ANTES de iniciar a aclimatação / DIA ___ / ___ / ___			
Queixas:			
Coloração da Urina: 1() 2() 3() 4() 5() 6() 7() 8() NA()			
PA:	FC:	Peso:	Alt:
Sinais de desidratação: Sim () Não ()			
Se sim, qual?			
Parâmetros após ___ minutos de aclimatação:			
Queixa:			
Coloração da Urina: 1() 2() 3() 4() 5() 6() 7() 8() NA()			
Sinais de desidratação: Sim () Não ()			
Se sim, qual sinal está presente:			
D2 - Parâmetros ANTES de iniciar a aclimatação / DIA ___ / ___ / ___			
Queixas:			
Coloração da Urina: 1() 2() 3() 4() 5() 6() 7() 8() NA()			
PA:	FC:	Peso:	Alt:
Sinais de desidratação: Sim () Não ()			
Se sim, qual?			
Parâmetros após ___ minutos de aclimatação:			
Queixa:			
Coloração da Urina: 1() 2() 3() 4() 5() 6() 7() 8() NA()			
Sinais de desidratação: Sim () Não ()			
Se sim, qual sinal está presente:			
D3 - Parâmetros ANTES de iniciar a aclimatação / DIA ___ / ___ / ___			
Queixas:			
Coloração da Urina: 1() 2() 3() 4() 5() 6() 7() 8() NA()			
PA:	FC:	Peso:	Alt:
Sinais de desidratação: Sim () Não ()			
Se sim, qual?			
Parâmetros após ___ minutos de aclimatação:			
Queixa:			
Coloração da Urina: 1() 2() 3() 4() 5() 6() 7() 8() NA()			
Sinais de desidratação: Sim () Não ()			
Se sim, qual sinal está presente:			
D4 - Parâmetros ANTES de iniciar a aclimatação / DIA ___ / ___ / ___			
Queixas:			
Coloração da Urina: 1() 2() 3() 4() 5() 6() 7() 8() NA()			
PA:	FC:	Peso:	Alt:
Sinais de desidratação: Sim () Não ()			
Se sim, qual?			

Parâmetros após ____ minutos de aclimatação:			
Queixa:			
Coloração da Urina: 1() 2() 3() 4() 5() 6() 7() 8() NA()			
Sinais de desidratação: Sim () Não ()			
Se sim, qual sinal está presente:			
D5 - Parâmetros ANTES de iniciar a aclimatação / DIA ____ / ____ / ____			
Queixas:			
Coloração da Urina: 1() 2() 3() 4() 5() 6() 7() 8() NA()			
PA:	FC:	Peso:	Alt:
Sinais de desidratação: Sim () Não ()			
Se sim, qual?			
Parâmetros após ____ minutos de aclimatação:			
Queixa:			
Coloração da Urina: 1() 2() 3() 4() 5() 6() 7() 8() NA()			
Sinais de desidratação: Sim () Não ()			
Se sim, qual sinal está presente:			
D6 - Parâmetros ANTES de iniciar a aclimatação / DIA ____ / ____ / ____			
Queixas:			
Coloração da Urina: 1() 2() 3() 4() 5() 6() 7() 8() NA()			
PA:	FC:	Peso:	Alt:
Sinais de desidratação: Sim () Não ()			
Se sim, qual?			
Parâmetros após ____ minutos de aclimatação:			
Queixa:			
Coloração da Urina: 1() 2() 3() 4() 5() 6() 7() 8() NA()			
Sinais de desidratação: Sim () Não ()			
Se sim, qual sinal está presente:			
D7 - Parâmetros ANTES de iniciar a aclimatação / DIA ____ / ____ / ____			
Queixas:			
Coloração da Urina: 1() 2() 3() 4() 5() 6() 7() 8() NA()			
PA:	FC:	Peso:	Alt:
Parâmetros após ____ minutos de aclimatação:			
Queixa:			
Coloração da Urina: 1() 2() 3() 4() 5() 6() 7() 8() NA()			
Assinatura dos profissionais de enfermagem que acompanharam o processo:			
Assinatura do empregado :			

Obs: a coloração da urina só será avaliada antes do início da jornada e após o final da jornada de cada dia de aclimatação. E deverá ser avaliado o jato médio da urina. NA: não se aplica.