

Nome:			Idade:		
Matrícula:			Função:		
Supervisor:					
HAS ( )	DM ( )	Problemas psiquiátricos ( )		Outros ( )	
Medicamentos em uso:					
Se for do sexo feminino, está no período menstrual? ( ) Sim ( ) Não					
<b>D1 - Parâmetros ANTES de iniciar a aclimação / DIA ____ / ____ / ____</b>					
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 aclimação:					
Queixa:					
Coloração da Urina: 1( ) 2( ) 3( ) 4( ) 5( ) 6( ) 7( ) 8( ) NA ( )					
Sinais de desidratação: Sim ( ) Não ( )					
Se sim, qual sinal está presente:					
<b>D2 - Parâmetros ANTES de iniciar a aclimação / DIA ____ / ____ / ____</b>					
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 aclimação:					
Queixa:					
Coloração da Urina: 1( ) 2( ) 3( ) 4( ) 5( ) 6( ) 7( ) 8( ) NA ( )					
Sinais de desidratação: Sim ( ) Não ( )					
Se sim, qual sinal está presente:					
<b>D3 - Parâmetros ANTES de iniciar a aclimação / DIA ____ / ____ / ____</b>					
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 aclimação:					
Queixa:					
Coloração da Urina: 1( ) 2( ) 3( ) 4( ) 5( ) 6( ) 7( ) 8( ) NA ( )					
Sinais de desidratação: Sim ( ) Não ( )					
Se sim, qual sinal está presente:					
<b>D4 - Parâmetros ANTES de iniciar a aclimação / DIA ____ / ____ / ____</b>					
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 aclimação:			
Queixa:			
Coloração da Urina: 1( ) 2( ) 3( ) 4( ) 5( ) 6( ) 7( ) 8( ) NA ( )			
Sinais de desidratação: Sim ( ) Não ( )			
Se sim, qual sinal está presente:			
<b>D5 - Parâmetros ANTES de iniciar a aclimação / DIA ____ / ____ / ____</b>			
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 aclimação:			
Queixa:			
Coloração da Urina: 1( ) 2( ) 3( ) 4( ) 5( ) 6( ) 7( ) 8( ) NA ( )			
Sinais de desidratação: Sim ( ) Não ( )			
Se sim, qual sinal está presente:			
<b>D6 - Parâmetros ANTES de iniciar a aclimação / DIA ____ / ____ / ____</b>			
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 aclimação:			
Queixa:			
Coloração da Urina: 1( ) 2( ) 3( ) 4( ) 5( ) 6( ) 7( ) 8( ) NA ( )			
Sinais de desidratação: Sim ( ) Não ( )			
Se sim, qual sinal está presente:			
<b>D7 - Parâmetros ANTES de iniciar a aclimação / DIA ____ / ____ / ____</b>			
Queixas:			
Coloração da Urina: 1( ) 2( ) 3( ) 4( ) 5( ) 6( ) 7( ) 8( ) NA ( )			
PA:	FC:	Peso:	Alt:
Parâmetros após ____ minutos de aclimação:			
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 aclimação. E deverá ser avaliado o jato médio da urina. NA: não se aplica.