

Anotação de enfermagem de admissão em home care e consultório

Folha para a anotação de admissão de enfermagem: a primeira linha de um acompanhamento em home care, em clínica de infusão ou em consultório. É a linha de base com a qual toda anotação seguinte será comparada.

Quem foi admitido e por quem

Pessoa atendida: nome completo

Data de nascimento	Documento de identidade	Telefone
Data da admissão	Hora de chegada ou de início do cuidado	Onde a admissão acontece
		☐ Domicílio (home care)
		☐ Clínica ou consultório

Origem: de onde a pessoa vem, e com qual documento

Quem estava junto na chegada, nome e vínculo	Cuidador responsável no domicílio, quando houver

Como chegou

Meio de chegada

☐ Deambulando ☐ Com apoio ☐ Cadeira de rodas ☐ Maca ou ambulância ☐ Já estava no domicílio

Nível de consciência e orientação na chegada	Queixa principal, nas palavras da pessoa ou do acompanhante

Alergias referidas na chegada

Sinais vitais da admissão

Hora	PA	FC	FR	Temperatura	SpO2	Dor (0 a 10)	Quem mediu

O que a pessoa trouxe

Conferido item a item na frente de quem acompanha. O que não foi listado na admissão não existe para o serviço depois, e o que foi listado precisa de destino: fica com a pessoa, com o cuidador ou com o serviço.

Item (documento, prescrição, exame, medicamento, pertence)	Quantidade	Ficou com quem	Conferido por

Pele e dispositivos no momento da chegada

A seção que protege o serviço e a pessoa ao mesmo tempo. Lesão que existia na chegada e não foi anotada vira lesão do serviço; dispositivo que chegou sem data de inserção vira dispositivo sem prazo.

Pele íntegra em toda a superfície examinada

☐ Sim ☐ Não, descrito abaixo

Lesões presentes na chegada: local, tamanho aproximado, aspecto

Dispositivos presentes: tipo, local, data de inserção informada

Curativos presentes e como estavam

Próteses, órteses e aparelhos que a pessoa usa

Anotação cronológica da admissão

Hora	O que foi feito ou observado	Resposta da pessoa	Quem registrou

Enfermeiro que fez a avaliação de admissão, e a que horas

Orientações dadas à pessoa e ao cuidador na admissão

Quem registra e assinatura

Nome completo de quem registra

Categoria de quem registra

- ☐ Enfermeiro
- ☐ Técnico de enfermagem
- ☐ Auxiliar de enfermagem

Número no Coren e estado

Local e data

Hora em que o registro foi fechado

Assinatura e carimbo, com Coren

Exemplos preenchidos

Cenas inventadas, sem dado de pessoa real, escritas do jeito que o registro sai na folha: data e hora, o que foi observado, o que foi feito, o que veio depois e quem assina com o Coren. Produto, dose e via aparecem como "conforme prescrição" de propósito: o exemplo mostra a forma do registro, e o conteúdo clínico de cada linha é da cena, não de quem lê.

Exemplo 1
Admissão em home care, escrita pela técnica de enfermagem no primeiro dia

20/09/2026, 08h00. Início do cuidado domiciliar. Pessoa atendida no leito próprio, acordada, orientada no tempo e no espaço, responde ao chamado pelo nome. Esposa presente, identificada como cuidadora responsável. Chegou do hospital ontem à noite, segundo a esposa, com relatório de alta e prescrição em mãos, conferidos e guardados na pasta do domicílio. Sinais vitais: PA 132x80, FC 80, FR 18, T 36,5, SpO2 96% em ar ambiente, dor 2 na escala numérica, referida na região lombar. Pele íntegra em dorso, sacro, calcâneos e cotovelos, conferida com a esposa. Sonda vesical de demora presente, data de inserção informada no relatório de alta como 15/09, fixada na coxa direita, sem sinal de vazamento. Sem outro dispositivo. Pertences: nenhum sob guarda do serviço. Enfermeira comunicada às 08h20 para a avaliação de admissão. Téc. de enfermagem, Coren-UF 000.000.

O que este exemplo mostra: A pele foi conferida na frente da cuidadora e a data do dispositivo veio do documento, com a fonte nomeada. É a linha de base que vai proteger todo mundo daqui a um mês.

Exemplo 2

Evolução de admissão da enfermeira, no mesmo caso, escrita depois da avaliação

20/09/2026, 09h30. Avaliação de enfermagem de admissão realizada no domicílio. Dados da anotação das 08h00 conferidos. Entrevista com a pessoa atendida e com a esposa: refere dor lombar ao mudar de posição, sono fragmentado, aceitação alimentar boa. Exame físico: ausculta pulmonar sem ruído adventício, abdome flácido e indolor, membros inferiores sem edema, mobilidade reduzida no leito por dor, dependente para higiene e para mudança de posição. Sonda vesical drenando urina clara. Diagnósticos de enfermagem e prescrição de enfermagem registrados na folha própria. Plano compartilhado com a esposa, que demonstrou entender. Reavaliação prevista para 22/09. Enfermeira, Coren-UF 000.000.

O que este exemplo mostra: Mesma pessoa, outro documento: aqui há avaliação, julgamento e plano, que o art. 6º e o art. 8º da Resolução Cofen nº 736/2024 reservam ao enfermeiro. A anotação da técnica e a evolução da enfermeira apontam uma para a outra pela hora.

Exemplo 3

Admissão para a primeira sessão em clínica de infusão

21/09/2026, 13h50. Primeira sessão neste serviço. Chega deambulando, orientado, acompanhado da irmã. Traz prescrição em papel, conferida com a enfermeira e arquivada no prontuário. Refere alergia a um antibiótico, nome anotado na ficha de alergias e destacado na capa. Sinais vitais: PA 120x78, FC 70, FR 16, T 36,4, SpO2 99%, sem dor. Pele íntegra em membros superiores, sem acesso venoso prévio, sem cicatriz de punção recente. Orientado sobre a duração da sessão e sobre o que comunicar durante o procedimento; demonstrou ter entendido. Enfermeira avaliou às 14h00. Téc. de enfermagem, Coren-UF 000.000.

O que este exemplo mostra: A alergia entrou como fato referido, com o destino do registro (ficha e capa). A prescrição foi conferida e arquivada: a anotação diz onde o documento está.

Exemplo 4

Admissão em home care com lesão de pele já presente na chegada

22/09/2026, 07h45. Início do cuidado domiciliar. Pessoa acamada, sonolenta, desperta ao chamado e responde com frases curtas, desorientada no tempo. Filha presente, cuidadora. Sinais vitais: PA 110x70, FC 92, FR 20, T 37,1, SpO2 95% em ar ambiente. Pele: lesão na região sacral, aproximadamente do tamanho de uma moeda grande, bordas definidas, leito avermelhado, sem odor, com curativo do hospital datado de ontem, conferido sem abrir por decisão da enfermeira, que virá às 09h00. Calcâneo direito com área avermelhada que não clareia à pressão. Fralda em uso, trocada às 07h50, urina clara. Sem dispositivo venoso. Filha orientada sobre mudança de posição a cada duas horas conforme prescrição de enfermagem que a enfermeira deixará por escrito. Téc. de enfermagem, Coren-UF 000.000.

O que este exemplo mostra: Duas lesões descritas com local, tamanho aproximado e aspecto, na chegada, e a decisão de não abrir o curativo atribuída a quem a tomou. Sem isso, a lesão de amanhã seria do serviço.

Sobre este modelo

Modelo em branco com exemplos de cena inventada. A folha não define o que examinar na admissão nem o que fazer com o que foi encontrado: isso é da avaliação do enfermeiro e da norma do seu conselho. Os exemplos mostram a forma do registro e não servem de conduta para outra pessoa.

Modelo em branco para profissionais de saúde. Não traz conteúdo clínico preenchido, não sugere composição, volume nem via, e não substitui julgamento clínico nem a norma do conselho da sua profissão.