

Anotação de enfermagem de medicação em consultório e domicílio

Folha de anotação de enfermagem para cada medicação realizada em consultório, clínica ou domicílio, por qualquer via que não a intravenosa (que tem folha própria). O que e quanto vem da prescrição; a folha guarda que foi conferido e cumprido.

Pessoa atendida e prescrição conferida

Pessoa atendida: nome completo

Data de nascimento	Documento de identidade	Telefone
Data	Local (consultório, clínica, domicílio)	Peso informado ou medido, quando a prescrição o exige

Prescrição conferida: autor, conselho, data e onde está arquivada

Alergias referidas, conferidas antes de qualquer item

Cada medicação realizada

Uma linha por item. O nome e a dose ficam na prescrição, citada pela coluna de referência; o que a anotação acrescenta é o que só quem executou sabe: lote, validade, via, sítio, hora e quem fez.

Hora	Item da prescrição (referência)	Lote e validade	Via e sítio	Quem executou	Rubrica

Sinais vitais, quando a prescrição pede antes ou depois

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

O que veio depois

O que a pessoa referiu após cada item, com a hora

Sítio observado depois (intramuscular, subcutânea): aspecto e hora

Tempo de observação no serviço antes da saída

Hora de saída e como saiu

Vacina, quando for o caso

Vacina, laboratório e lote, como constam no frasco

Dose no esquema (primeira, segunda, reforço)

Comprovante entregue e caderneta atualizada

☐ Sim ☐ Não

Próxima dose prevista, quando houver

Recusa, item não realizado e comunicação

Item da prescrição não realizado, motivo e hora

Quem foi comunicado, a que horas, e a resposta

Reação a comunicar à farmacovigilância

☐ Não houve

☐ Houve, registrada na folha de intercorrência

Número da notificação, quando feita

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

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

Medicação intramuscular em consultório, conforme prescrição médica

20/09/2026, 10h30. Prescrição médica de 19/09 conferida (nome do médico e CRM no documento, arquivado no prontuário). Alergias referidas: nenhuma, conferido com a pessoa. Item 1 da prescrição realizado por via intramuscular em região ventroglútea direita às 10h34, lote e validade conferidos no frasco e anotados na tabela, técnica em Z. Refere "ardeu um pouco". Permaneceu sentada em observação por vinte minutos: sem tontura, sem alteração no sítio. PA 122x78 às 10h55. Sai deambulando às 10h58, orientada a observar o local e a comunicar dor que aumente ou vermelhidão. Téc. de enfermagem, Coren-UF 000.000.

O que este exemplo mostra: O item entrou pelo número na prescrição, não pelo nome; o sítio, a hora e o lote entraram por inteiro. A observação depois é um fato com duração.

Exemplo 2

Medicação subcutânea no domicílio, com rodízio de sítio registrado

20/09/2026, 07h45. Domicílio. Prescrição médica de 15/09 conferida na pasta do domicílio. Item 2 realizado por via subcutânea em região periumbilical, quadrante inferior esquerdo, às 07h48, conforme rodízio anotado na folha própria (ontem: quadrante inferior direito). Lote e validade conferidos, anotados. Sem sangramento, sem hematoma no sítio de ontem. Refere-se "sem dor". Caneta guardada no local combinado com a família. Téc. de enfermagem, Coren-UF 000.000.

O que este exemplo mostra: O rodízio de sítio é uma informação que só existe se alguém escreveu o sítio de ontem. A anotação cita a folha de rodízio e o sítio anterior.

Exemplo 3

Hipodermoclise no domicílio, com o sítio verificado de hora em hora

21/09/2026, 09h00. Domicílio. Prescrição médica de 20/09 conferida, e prescrição de enfermagem de 20/09 para a punção subcutânea conferida. Sítio punccionado em face lateral da coxa direita às 09h05, primeira tentativa, dispositivo fixado e datado. Infusão iniciada às 09h10 conforme prescrição, gotejamento conferido com a enfermeira por telefone. 10h10 e 11h10: sítio sem hiperemia, sem endurecimento, sem dor, gotejamento mantido. 12h10: leve edema ao redor do sítio, sem dor, sem hiperemia; enfermeira comunicada às 12h12, orientou manter e reavaliar em trinta minutos. 12h40: edema mantido, sem aumento. 13h00: término conforme prescrição, dispositivo mantido para a próxima infusão, sítio coberto e datado. Cuidadora orientada sobre o que observar. Téc. de enfermagem, Coren-UF 000.000.

O que este exemplo mostra: Verificação com hora, mudança de aspecto descrita, enfermeira comunicada com hora e resposta, e o dispositivo que ficou. A folha não diz o que correu: a prescrição diz.

Exemplo 4

Inalação em consultório, com a resposta da pessoa registrada

22/09/2026, 16h20. Prescrição médica do dia conferida. Refere "peito apertado", FR 24, SpO2 94%, fala frases completas. Item único realizado por via inalatória às 16h25, com máscara, conforme prescrição, lote e validade anotados. 16h40: término. Refere melhora, "consigo respirar melhor", FR 18, SpO2 97%. Máscara descartada. Enfermeira informada dos valores antes e depois às 16h45. Permaneceu em observação até 17h00, sem nova queixa. Sai deambulando, orientada quanto ao retorno conforme prescrição. Téc. de enfermagem, Coren-UF 000.000.

O que este exemplo mostra: Antes e depois medidos e escritos, com a fala da pessoa entre aspas. É isso que dá à inalação um registro, e não só uma checagem.

Exemplo 5

Vacina em consultório, com lote, dose do esquema e comprovante

23/09/2026, 11h00. Caderneta de vacinação conferida: segunda dose do esquema prevista para esta data. Sem impedimento referido na triagem de enfermagem feita pela enfermeira às 10h55, registrada por ela. Vacina realizada por via intramuscular em deltoide esquerdo às 11h05; laboratório, lote e validade conferidos no frasco e anotados na tabela e na caderneta. Refere-se "sem dor". Observação por quinze minutos, sem alteração. Comprovante entregue, caderneta atualizada e assinada, próxima dose anotada conforme o esquema. Sai deambulando às 11h22. Téc. de enfermagem, Coren-UF 000.000.

O que este exemplo mostra: Lote, laboratório e número da dose no esquema são o rastro que a vigilância pede; a triagem é do enfermeiro e a anotação diz onde ela está.

Sobre este modelo

Modelo em branco com exemplos de cena inventada. A folha não diz que medicamento fazer, em que dose, por qual via nem em que sítio: isso é da prescrição e da norma do seu conselho. Os exemplos mostram a forma do registro e não servem de conduta para outra pessoa atendida.

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.