

Anotação de enfermagem em consultório

Folha de anotação de enfermagem para o atendimento do dia em consultório ou clínica. A pauta fica em branco; os exemplos no fim mostram como o registro sai escrito, com data, hora e assinatura.

Pessoa atendida e atendimento

Pessoa atendida: nome completo

Data de nascimento	Documento de identidade	Telefone
Data do atendimento	Hora de chegada	Número do prontuário

Motivo do atendimento de hoje, nas palavras da pessoa

Sinais vitais na chegada

Uma linha por medida, com a hora e quem mediu. A folha não fixa de quanto em quanto tempo medir nem o que é normal: isso é da prescrição de enfermagem e do serviço, e por isso as linhas vêm vazias.

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

Glicemia capilar, quando medida, com a hora	Peso e altura, quando medidos
Escala de dor usada pelo serviço	

Estado geral, como foi observado

Fato, e não adjetivo. "Bom estado geral" sem o que foi visto não sustenta nada seis meses depois; "deambulando sem apoio, orientada no tempo e no espaço, pele corada, sem queixa de dor" sustenta.

Nível de consciência e orientação	Pele e mucosas, como foram vistas
Deambulação e postura	Queixas relatadas hoje, nas palavras da pessoa

O que foi observado no exame físico de enfermagem

Anotação cronológica do atendimento

Cada linha começa pela hora. O que foi feito e o que veio depois ficam na mesma linha, porque é a resposta ao cuidado que a próxima pessoa a ler precisa achar.

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

Orientações dadas e comunicação

Orientações dadas à pessoa atendida ou ao acompanhante

A pessoa demonstrou ter entendido

☐ Sim

☐ Parcialmente

☐ Não

Enfermeiro comunicado sobre algo hoje, e a que horas

Hora de saída e como saiu

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

Sessão de rotina em consultório, escrita pela técnica de enfermagem

20/09/2026, 08h40. Chega deambulando sem apoio, orientada no tempo e no espaço, sem acompanhante. Refere "dormi mal, mas estou bem". Sinais vitais na chegada: PA 124x78, FC 72, FR 16, T 36,4, SpO2 98%, dor 0 na escala numérica. Pele corada e hidratada. 08h55: sessão realizada conforme prescrição de enfermagem, sem intercorrência. 09h30: sinais vitais ao término dentro dos valores da chegada. Orientada sobre o retorno, demonstrou ter entendido. Sai deambulando às 09h35. Téc. de enfermagem, Coren-UF 000.000.

O que este exemplo mostra: Toda linha começa pela hora e traz um fato. "Estou bem" entrou entre aspas porque é fala da pessoa, e não avaliação de quem escreveu.

Exemplo 2

Sinais vitais fora do habitual da pessoa, com o enfermeiro comunicado

20/09/2026, 14h10. Chega acompanhada do marido, orientada, refere cefaleia "desde a manhã". PA 158x96 aferida no braço esquerdo, sentada, após cinco minutos de repouso; FC 88, FR 18, T 36,6, SpO2 97%. 14h20: nova aferição no braço direito, PA 154x94. Enfermeira comunicada às 14h22, veio avaliar às 14h30. Conduta registrada pela enfermeira na evolução. 15h05: PA 142x88, refere melhora da cefaleia. Sai deambulando com o marido às 15h10, orientada quanto ao retorno. Téc. de enfermagem, Coren-UF 000.000.

O que este exemplo mostra: A anotação registra o que foi medido, como foi medido e quem foi comunicado a que horas. A decisão sobre o valor não é dela: fica na evolução da enfermeira, e a anotação aponta para lá.

Exemplo 3

Glicemia capilar medida a pedido da prescrição, sem queixa

21/09/2026, 07h50. Chega em jejum, conforme orientação prévia, deambulando, orientado. Refere-se "sem fome, sem tontura". Glicemia capilar 96, aferida no dedo médio da mão esquerda às 07h52, conforme prescrição de enfermagem. PA 118x76, FC 68, T 36,2. 08h00: lanche oferecido pelo serviço após a coleta, aceito. Sem intercorrência. Sai às 08h30 deambulando. Aux. de enfermagem, Coren-UF 000.000.

O que este exemplo mostra: O valor entrou com a hora e com o local da coleta. A anotação não diz se o número é bom ou ruim: diz o que foi feito e como a pessoa estava.

Exemplo 4

Correção de erro na própria folha, sem rasura

21/09/2026, 10h15. Sinais vitais: PA 130x84, FC 76, FR 16, T 36,5, SpO2 98%. Digo, T 36,8, aferida na axila esquerda; o valor anterior foi erro de transcrição. 10h20: sessão iniciada conforme prescrição. 10h50: término sem intercorrência, refere-se "tranquila". Sai deambulando às 10h55. Téc. de enfermagem, Coren-UF 000.000.

O que este exemplo mostra: O erro não foi apagado nem coberto: ficou legível, e a correção veio na sequência com a palavra "digo" e a razão. É o que o art. 36 do Código de Ética pede ao dizer sem rasuras.

Exemplo 5

Recusa de uma parte do cuidado, registrada como fato

22/09/2026, 16h05. Chega deambulando, orientada, acompanhada da filha. PA 126x80, FC 74, FR 16, T 36,3, SpO2 99%. Ao ser informada sobre a coleta de glicemia capilar prevista na prescrição, refere "hoje não quero furar o dedo". Recusa registrada; enfermeira comunicada às 16h08, orientou a pessoa sobre a razão da coleta, e a recusa foi mantida. Demais cuidados realizados conforme prescrição, sem intercorrência. Sai às 16h40 deambulando com a filha. Téc. de enfermagem, Coren-UF 000.000.

O que este exemplo mostra: A recusa é um fato como qualquer outro: hora, o que foi recusado, quem foi comunicado e o que a pessoa disse. Sem julgamento e sem justificativa de quem escreve.

Sobre este modelo

Modelo em branco com exemplos de cena inventada. A folha não diz o que observar nem o que fazer: isso é da prescrição de enfermagem e da norma do seu conselho. Os exemplos mostram a forma do registro, e nenhum valor ou conduta deles serve 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.