

	FORMULÁRIO	Nome: _____
	CONTROLE DA ENFERMEIRA PARA PROTOCOLO DE HIPOTERMIA TERAPÊUTICA	Data de nascimento: ____/____/____ PREENCHER NA AUSÊNCIA DE ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO FORM.DT.036

INÍCIO DO PROTOCOLO (INÍCIO DO RESFRIAMENTO)	Data: ____/____/20____
	Hora: ____:____ hs
	Temperatura retal inicial: ____°C
EQUIPAMENTOS PARA RESFRIAMENTO	<input type="checkbox"/> Desligou berço <input type="checkbox"/> Bolsas de gelo <input type="checkbox"/> Manta especial para resfriamento/aquecimento
FIM DO RESFRIAMENTO (temperatura atingiu pelo menos 34° C)	Data: ____/____/20____
	Hora: ____:____ hs
<i>Assinatura da(s) enfermeira(s) responsável(is)</i>	
REAQUECIMENTO (72 horas após o fim do resfriamento)	
INÍCIO DO REAQUECIMENTO	Data: ____/____/20____
	Hora: ____:____ hs
	Temperatura retal inicial: ____°C
EQUIPAMENTOS/ TÉCNICAS PARA REAQUECIMENTO	<input type="checkbox"/> Uso do modo servo no berço <input type="checkbox"/> Manta especial para resfriamento/aquecimento
FIM DO REAQUECIMENTO	Data: ____/____/20____
	Hora: ____:____ hs
<i>Assinatura da(s) enfermeira(s) responsável(is)</i>	
NEUROMONITORIZAÇÃO (iniciar o mais precocemente possível e manter até 24 horas após o fim do reaquecimento)	
INÍCIO DA NEUROMONITORIZAÇÃO COM ELETROENCEFALOGRAMA ESPECIAL CONTÍNUO	Data: ____/____/20____
	Hora: ____:____ hs
FIM DA NEUROMONITORIZAÇÃO COM ELETROENCEFALOGRAMA ESPECIAL CONTÍNUO	Data: ____/____/20____
	Hora: ____:____ hs
<i>Assinatura da(s) enfermeira(s) responsável(is)</i>	