



250

frases para escrita em prontuário.



Aldrina Cândido



250 frases para a escrita de prontuário.

CÂNDIDO, Aldrina da Silva Confessor. **250 frases para escrita de prontuário.** 2025.

Nenhuma parte desta publicação pode ser reproduzida ou distribuída de nenhuma forma, seja por meio eletrônico ou físico, incluindo cópias e gravações sem autorização da autora. Em caso de dúvidas entre em contato por: prof.enfaldri@aldrinacandido.com.

SUMÁRIO



04 INTRODUÇÃO

09 FRASES DIVERSAS PARA A ESCRITA DE PRONTUÁRIO

10 HISTÓRICO DO PACIENTE

16 EXAME FÍSICO

22 ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

28 PLANO DE CUIDADOS

34 EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

40 COMO TER SUCESSO NA ESCRITA DE PRONTUÁRIO



INTRODUÇÃO

Os prontuários desempenham um papel fundamental no mundo da assistência à saúde. Eles não são apenas documentos obrigatórios, mas sim ferramentas essenciais que registram o relacionamento entre profissionais de saúde e pacientes, documentam a história médica de um indivíduo e garantem a qualidade e a continuidade do atendimento.



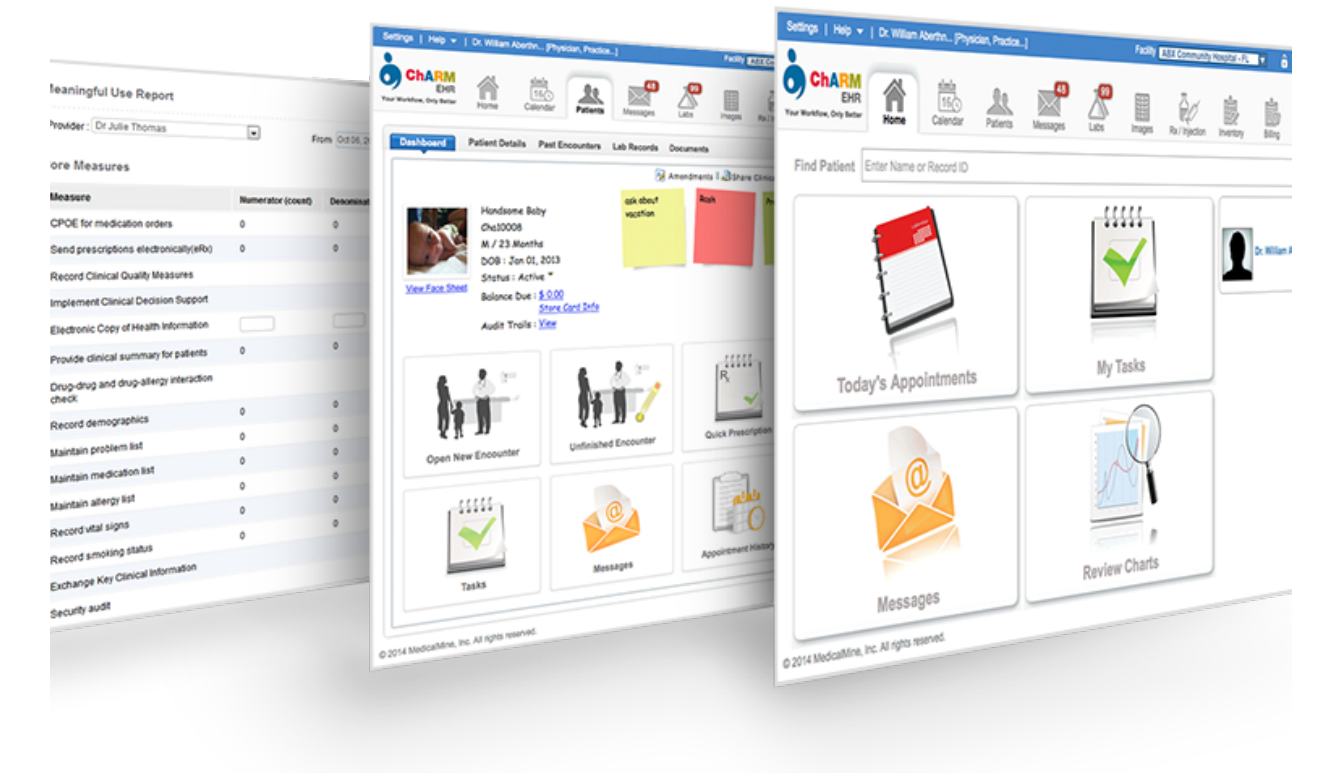


Ao longo dos anos, os prontuários evoluíram de simples registros em papel para sistemas eletrônicos sofisticados, permitindo um acesso mais rápido e seguro às informações de saúde. Neste e-book, vamos explorar a maneira de documentação adequada por meio de frases que ajudarão os profissionais de saúde a redigir prontuários precisos e completos. Através desse conhecimento, você não apenas cumprirá os requisitos regulatórios, mas também promoverá uma assistência de saúde mais eficaz e segura para todos os pacientes.



As frases fornecidas no e-book podem ser instrumentais na criação de prontuários completos e precisos de várias maneiras:

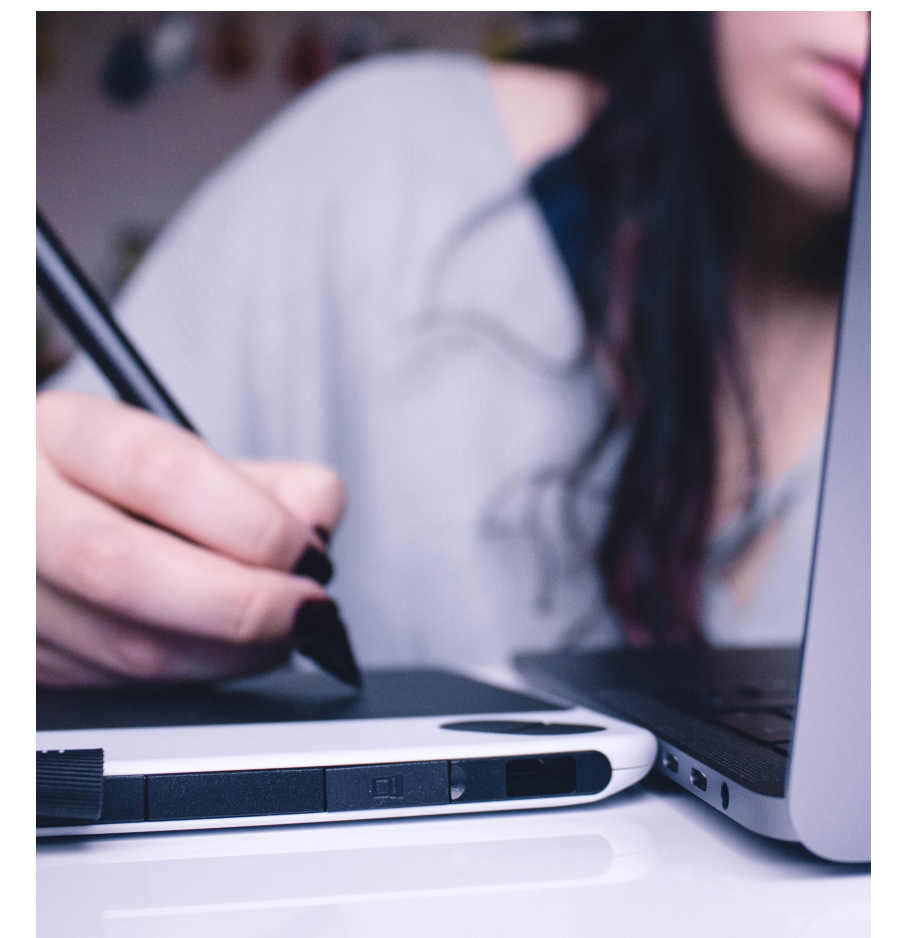
Padronização da Linguagem: as frases oferecem uma linguagem padronizada e profissional para descrever sintomas, diagnósticos, tratamentos e outros elementos do prontuário. Isso ajuda a evitar ambiguidades e garantir a consistência na documentação.





Economia de Tempo: os profissionais de saúde podem economizar tempo ao utilizar frases prontas em vez de criar descrições completas a partir do zero. Isso é especialmente útil em ambientes clínicos movimentados.

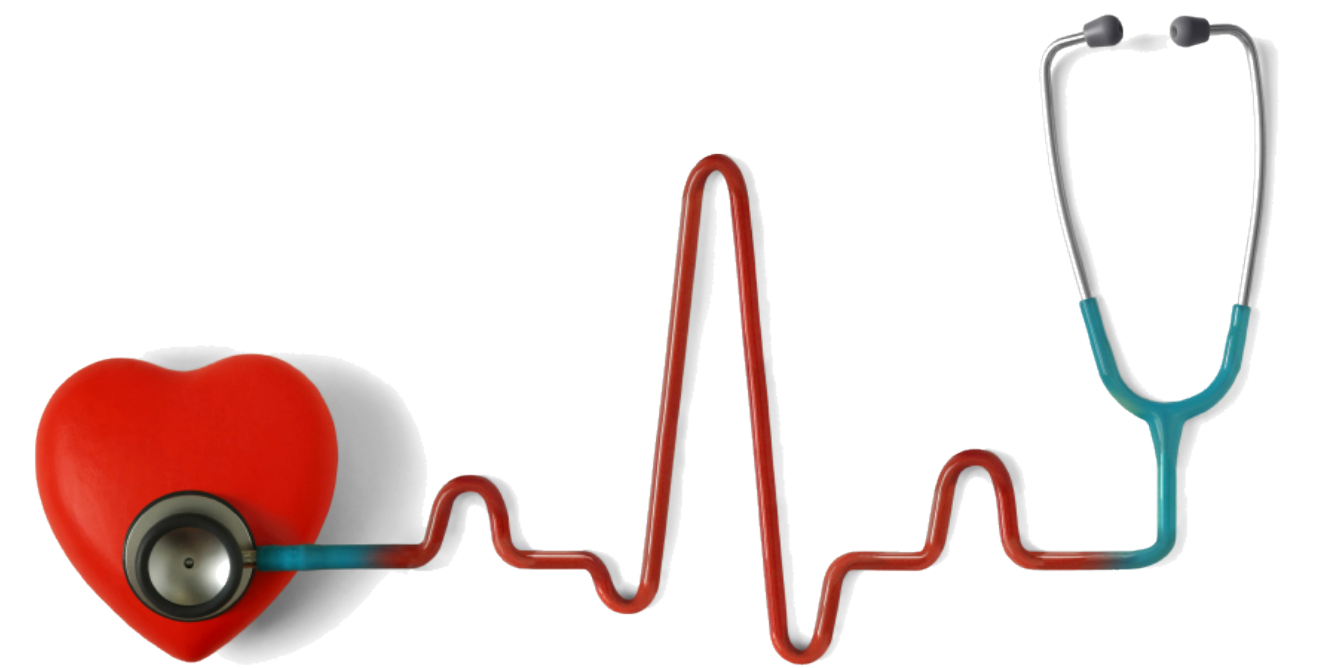
Redução de Erros: frases bem formuladas minimizam a probabilidade de erros de documentação, garantindo que as informações sejam registradas de maneira precisa e completa.





Melhoria da Comunicação: ao seguir as frases do e-book, os prontuários se tornam mais compreensíveis para outros profissionais de saúde envolvidos no cuidado do paciente, facilitando a comunicação e a colaboração.

Melhoria da Qualidade do Cuidado: prontuários precisos e completos são cruciais para fornecer um cuidado de alta qualidade. As frases podem ajudar a garantir que todas as informações relevantes sejam registradas, permitindo uma tomada de decisão mais informada.





FRASES DIVERSAS PARA A ESCRITA DE PRONTUÁRIO

As frases fornecidas neste e-book serão organizadas em várias categorias essenciais, cada uma correspondente a uma fase importante no processo de documentação do prontuário. Estas categorias incluirão:

- Histórico do Paciente
- Exame Físico
- Anotações
- Plano de Cuidados
- Evoluções




HISTÓRICO DO PACIENTE



1. Paciente relatou histórico de alergia a [substância/alimento/medicamento] desde a infância.
2. Paciente queixa-se de [sintoma] persistente nas últimas semanas.
3. Histórico familiar positivo para [condição médica, por exemplo, diabetes, câncer].
4. Paciente relata dor [localização] com intensidade [escala de dor de 0 a 10].
5. Paciente menciona estar grávida de [número de semanas/meses].
6. Histórico de cirurgia prévia inclui [tipo de cirurgia] em [data].
7. Paciente possui um histórico de tabagismo com [número de maços por dia] por [número de anos].
8. Paciente informa que faz uso regular de [medicamento] para controle de [condição médica].
9. Histórico de consumo de álcool ocasional, aproximadamente [quantidade] por semana.
10. Paciente está ciente de seu histórico de [condição médica] diagnosticada em [data].



11. Paciente relata ter uma dieta balanceada rica em [alimentos/nutrientes].
12. Antecedentes de problemas cardíacos na família, incluindo [nomes de familiares].
13. Paciente não tem histórico de reações adversas a medicamentos.
14. Histórico de enxaquecas frequentes com [descrição dos sintomas].
15. Paciente menciona uma mudança significativa em seu peso corporal nas últimas [semanas/meses].
16. Antecedentes de lesões graves, como fraturas, incluindo [descrição da lesão e data].
17. Paciente nega histórico de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs).
18. Paciente informa que faz uso de contraceptivos orais desde [idade/data].
19. Histórico de hospitalizações inclui [razão da hospitalização e data].
20. Paciente menciona problemas de sono, incluindo [insônia, apneia do sono, sonambulismo].

- 
21. Antecedentes de alergia a picadas de insetos, com reações alérgicas [descrição].
22. Paciente possui histórico de problemas gastrointestinais, como [refluxo, úlceras, síndrome do intestino irritável].
23. Paciente menciona ter histórico de depressão ou ansiedade.
24. Histórico de doenças crônicas inclui [nome da condição médica, por exemplo, diabetes tipo 2].
25. Paciente nega histórico de convulsões ou epilepsia.
26. Paciente relata ter um estilo de vida ativo com [atividades físicas regulares, esportes praticados].
27. Antecedentes de alergia a [outros alérgenos, como pólenes ou poeira].
28. Paciente menciona a ingestão de suplementos alimentares, como [nome do suplemento].
29. Histórico de viagens recentes para [destinos] nos últimos [período de tempo].
30. Paciente possui histórico de doenças respiratórias, como [asma, bronquite].



31. Paciente informa que não faz uso de drogas ilícitas.
32. Antecedentes de exposição ocupacional a [substâncias ou riscos específicos].
33. Paciente relata histórico de lesões esportivas, como [entorses, contusões].
34. Histórico de alergia a medicamentos inclui [nome do medicamento e reação].
35. Paciente menciona histórico de tratamento psicológico ou psiquiátrico.
36. Paciente informa que consome uma média de [quantidade] de cafeína por dia.
37. Antecedentes de cirurgias dentárias, incluindo [tipo de procedimento e data].
38. Paciente nega histórico de distúrbios alimentares.
39. Paciente relata episódios de tontura ou vertigem.
40. Histórico de lesões cutâneas, como [queimaduras, cortes], com tratamento em [data].



41. Paciente possui histórico de uso de óculos ou lentes de contato.
42. Paciente menciona alergia a [itens de uso pessoal, como bijuterias].
43. Antecedentes de exposição a doenças infecciosas, como [hepatite, tuberculose].
44. Paciente informa histórico de uso de métodos contraceptivos, como [DIU, preservativo].
45. Histórico de problemas renais, como [cálculos renais, infecções] com tratamento em [data].
46. Paciente menciona histórico de transfusões sanguíneas ou doações de sangue.
47. Paciente relata histórico de alergia a alimentos, incluindo [alimentos específicos].
48. Antecedentes de lesões na cabeça, como [concussões, traumas].
49. Paciente informa histórico de participação em ensaios clínicos.
50. Histórico de uso de medicamentos de venda livre, incluindo [nomes dos medicamentos].



EXAME FÍSICO



1. Paciente em posição confortável e cooperativo durante o exame físico.
2. Estado de alerta e orientado em tempo, espaço e pessoa.
3. Aparência geral do paciente é [descrição, por exemplo, saudável, desidratada, fatigada].
4. Pele íntegra, sem lesões ou erupções visíveis.
5. Sem edema ou alterações na temperatura da pele.
6. Sem icterícia, cianose ou palidez evidente.
7. Higiene pessoal adequada, sem odor anormal.
8. Pupilas isocóricas e reativas à luz.
9. Movimentos oculares extraoculares preservados.
10. Acuidade visual sem alterações significativas.



11. Membranas mucosas rosa e hidratadas.
12. Língua sem lesões ou ulcerações.
13. Amígdalas normais, sem exsudato.
14. Sem desvios na articulação temporomandibular.
15. Pescoço móvel, sem rigidez ou massas palpáveis.
16. Linfonodos cervicais não aumentados ou dolorosos.
17. Ausência de veias jugulares distendidas.
18. Simetria e expansão torácica normais.
19. Ausculta pulmonar revela sons respiratórios normais.
20. Sem estertores, sibilos ou crepitações audíveis.



21. Ritmo cardíaco regular, sem sopros audíveis.
22. 2ª bulha cardíaca presente e normal.
23. Sem frêmitos ou pulsos anormais à palpação.
24. Abdômen não doloroso à palpação superficial.
25. Ausência de visceromegalias ou massas palpáveis.
26. Ruídos hidroaéreos presentes em todos os quadrantes.
27. Fígado e baço não palpáveis abaixo da margem costal.
28. Genitália externa sem anormalidades visíveis.
29. Sem dor ou desconforto à palpação renal.
30. Membros superiores com força muscular preservada.



31. Reflexos tendinosos profundos normais.
32. Sem edema ou deformidades nas articulações.
33. Pulso radial e ulnar palpáveis e regulares.
34. Força e tônus muscular preservados nos membros inferiores.
35. Reflexos patelares e aquileus normais.
36. Sem edema ou varizes visíveis nas pernas.
37. Pés com mobilidade e turgor normais.
38. Unhas sem alterações, como cianose.
39. Sem dor ou crepitação em articulações musculoesqueléticas.
40. Sensação de temperatura e tacto intacta em todos os membros.



41. Sem alterações na marcha ou equilíbrio.
42. Movimentos voluntários e coordenação normais.
43. Reflexos de Babinski e Hoffmann negativos.
44. Sem evidência de rigidez de nuca ou Kernig/Brudzinski positivos.
45. Coordenação motora normal em testes de dedos-nariz-dedos.
46. Sem fraqueza muscular focal ou distúrbios da coordenação.
47. Marcha estável, sem arrastar de pés ou tropeços.
48. Sem anormalidades visíveis na postura ou simetria corporal.
49. Sem alterações no tônus muscular ou espasmos evidentes.
50. À ausculta, ruídos hidroaéreos presentes.



ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM



1. Curativo trocado na ferida do paciente.
2. Auxiliado paciente na mobilidade durante o turno.
3. Ingestão alimentar e hídrica monitoradas.
4. Paciente apresentou disposição e colaboração.
5. Paciente mantém-se orientado quanto à pessoa, tempo e espaço.
6. Comportamento do paciente foi calmo e cooperativo.
7. Ausência de alergias ou sensibilidades conhecidas.
8. Oferecido apoio emocional ao paciente.
9. Mudança no estado de saúde do paciente observada.
10. Informações comunicadas à equipe médica.



11. Encontra-se em decúbito dorsal.
12. Em uso de oxigenoterapia, [quantidade de litros], conforme prescrição médica.
13. Diurese presente, [quantidade] e [característica da urina].
14. Realizada higiene oral e corporal.
15. Aspirado vias aéreas, secreção em quantidade moderada [descrever a característica da secreção].
16. Realizado curativo de dreno em hemitórax D.
17. Avaliado e documentado o nível de dor do paciente [descrever usando alguma escala de dor].
18. Realizada mudança de decúbito.
19. Realizado educação ao paciente sobre seu plano de cuidados.
20. Aplicadas de medidas preventivas para [citar a condição].



21. Realizada massagem de conforto.
22. Submetido a sondagem [dizer qual].
23. Coleta amostras para exames laboratoriais [se preciso descrever quais].
24. Instalado acesso venosa periférico no MSE.
25. Transferido para [citar o local].
26. Realizada orientações de alta hospitalar.
27. Retirada sonda vesical de demora.
28. Comunicada intercorrência ao médico plantonista.
29. Aceitou toda a dieta [mencionar tipo].
30. Realizado banho no leito.



31. Realizada glicemia capilar [mencionar valor].
32. Administrado 250ml de fleet-enema.
33. Realizada higiene íntima.
34. Contido no leito em [locais], utilizando [descrever materiais].
35. Passada sonda nasogástrica [descrever o tipo].
36. Coletada 1ª amostra de [dizer de que].
37. Administrada nebulização conforme item 3 da prescrição.
38. Instalada NPT, [quantidade, local].
39. Desprezado diurese [quantidade e características].
40. Realizado balanço hídrico.



41. Medido pressão venosa central [mencionar o valor].
42. Encaminhado para o centro cirúrgico.
43. Posicionada em decúbito lateral esquerdo.
44. Instalado monitores.
45. Admitida na sala de parto.
46. Realizada proteção ocular.
47. Orientado quanto à rotina hospitalar.
48. Solicitado acompanhante para as 24 horas.
49. Removida prótese dentária.
50. Instaladas grades laterais no leito.



PLANO DE CUIDADO



1. Monitorar sinais vitais a cada [intervalo de tempo].
2. Administrar [nome do medicamento] por via [via de administração] a cada [intervalo de tempo] conforme prescrição médica.
3. Avaliar regularmente a dor do paciente usando a escala de dor.
4. Promover mobilização a cada [intervalo de tempo] para prevenir complicações de imobilidade.
5. Realizar curativo de ferida [nome da ferida] de acordo com o protocolo [nome do protocolo].
6. Incentivar a ingestão de líquidos de [quantidade] a cada [intervalo de tempo].
7. Auxiliar o paciente nas atividades de higiene pessoal diariamente.
8. Orientar o paciente sobre os cuidados com [dispositivo médico, cateter, dreno, etc.].
9. Fornecer apoio emocional e psicológico ao paciente diariamente.
10. Monitorar a ingestão alimentar e registrar no prontuário.



11. Verificar regularmente a pele do paciente em áreas de pressão.
12. Proporcionar um ambiente seguro e livre de riscos.
13. Educar o paciente sobre o plano de cuidados e as metas terapêuticas.
14. Administrar oxigênio conforme a necessidade do paciente.
15. Documentar todas as intervenções e observações de enfermagem.
16. Realizar coleta de exames de laboratório de acordo com a prescrição médica.
17. Proporcionar cuidados paliativos para alívio da dor e desconforto.
18. Promover a independência do paciente sempre que possível.
19. Observar e relatar quaisquer mudanças no estado de saúde.
20. Avaliar a resposta do paciente ao tratamento e ajustar conforme necessário.



21. Prestar cuidados de higiene oral regularmente.
22. Instruir o paciente sobre os sinais de alerta a serem observados.
23. Administrar terapias complementares, como fisioterapia, conforme prescrição.
24. Apoiar a comunicação eficaz entre paciente e equipe de saúde.
25. Oferecer suporte psicológico e emocional a pacientes com diagnóstico terminal.
26. Avaliar e documentar as necessidades de segurança do paciente.
27. Realizar a coleta e o registro adequados de amostras de urina e fezes.
28. Proporcionar apoio prático e emocional às famílias dos pacientes.
29. Colaborar com a equipe de saúde na elaboração do plano de cuidados.
30. Educar o paciente sobre medicação e cuidados após a alta hospitalar.



31. Observar e registrar os níveis de oxigênio saturado no paciente.
32. Implementar intervenções para alívio da dor crônica.
33. Monitorar a ingestão de alimentos e líquidos em pacientes com distúrbios nutricionais.
34. Promover a independência funcional do paciente em atividades diárias.
35. Facilitar o acesso a serviços de apoio, como terapia ocupacional ou assistência social.
36. Auxiliar o paciente na adesão ao plano de tratamento.
37. Observar e registrar qualquer alteração no estado de saúde mental.
38. Educar o paciente sobre medidas preventivas de complicações.
39. Avaliar e documentar o estado da ferida e o processo de cicatrização.
40. Proporcionar cuidados de conforto e apoio emocional em momentos de crise.



41. Instruir o paciente sobre autocuidados e medidas de segurança em casa.
42. Monitorar a ingestão de medicamentos e efeitos colaterais.
43. Avaliar a necessidade de intervenções de reabilitação.
44. Proporcionar suporte nutricional adequado para pacientes desnutridos.
45. Promover a independência na administração de medicamentos sempre que possível.
46. Monitorar a resposta do paciente à terapia e relatar ao médico.
47. Observar e registrar o nível de consciência do paciente regularmente.
48. Implementar medidas de prevenção de quedas.
49. Educar o paciente sobre a importância do autocuidado na gestão da condição de saúde.
50. Prestar cuidados holísticos que abordem as necessidades físicas, emocionais e sociais do paciente.



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM



1. Paciente apresentou melhora progressiva no estado de saúde desde a admissão.
2. Sinais vitais permaneceram dentro dos limites normais durante o turno.
3. Administração de medicamentos foi realizada conforme prescrição médica, sem intercorrências.
4. Curativo na ferida [nome e tipo da ferida] mostrou progresso na cicatrização.
5. Paciente expressou alívio da dor após intervenção de enfermagem.
6. Atividades de vida diária foram realizadas de forma independente pelo paciente.
7. Paciente colaborou de forma ativa nas terapias e procedimentos.
8. Estado de alerta e orientação mantido ao longo do turno.
9. Não foram observadas reações adversas a medicamentos durante o período.
10. Suporte emocional e psicológico foi fornecido ao paciente e à família.



11. Ingesta alimentar e eliminação foram adequadas e registradas.
12. Observados sinais de melhora na integridade da pele do paciente.
13. Sinais respiratório monitorados.
14. Paciente foi educado sobre o plano de cuidados e metas terapêuticas.
15. Segurança do ambiente do paciente foi monitorada e mantida.
16. Assistência à higiene pessoal foi prestada de acordo com as necessidades do paciente.
17. Cuidados preventivos foram implementados para evitar complicações.
18. Paciente demonstrou compreensão das orientações de autocuidado.
19. Aplicadas medidas de conforto.
20. Comunicado intercorrências à equipe médica e multidisciplinar.



- 21.Ferida cirúrgica [nome da cirurgia] está livre de sinais de infecção.
- 22.Administração de oxigenoterapia foi ajustada conforme necessidade.
- 23.Registro de eventos adversos foi feito de acordo com os protocolos.
- 24.Colaboração ativa com o paciente no gerenciamento da dor.
- 25.Monitoramento contínuo de sinais de infecção hospitalar.
- 26.Intervenções de segurança foram implementadas para prevenir quedas.
- 27.Paciente demonstrou interesse e participação em atividades terapêuticas.
- 28.Prestado cuidados à sondas e drenos.
- 29.Paciente apresentou disposição e colaboração.
- 30.Fornecidas instruções sobre medicação e autocuidado.



31. Paciente foi orientado sobre a importância do uso de dispositivos de apoio.
32. Oferecido suporte emocional e prático à família do paciente.
33. Paciente apresentou progresso na mobilidade e autonomia.
34. Foram implementadas ações preventivas para lesões por decúbito.
35. Colaboração com terapias complementares, como fisioterapia.
36. Paciente demonstrou respeito às medidas de controle de infecções.
37. Observação atenta das condições psicológicas e emocionais do paciente.
38. Educação sobre a administração correta de medicamentos.
39. Ingestão alimentar e hídrica monitoradas.
40. Monitoramento de sinais de reações alérgicas ou efeitos colaterais.



41. Paciente foi orientado sobre medidas de segurança em casa.
42. Realizada intervenções para manutenção da higiene oral.
43. Paciente demonstrou colaboração e compreensão das terapias.
44. Segue em uso de suporte nutricional.
45. Executada ações para promover a independência funcional.
46. Orientação sobre sinais de alerta e medidas de prevenção.
47. Paciente foi encorajado a participar ativamente do plano de cuidados.
48. Monitoramento constante dos níveis de oxigenação.
49. Avaliada eficácia das intervenções de enfermagem.
50. Cuidados prestados de forma holística, considerando todas as necessidades do paciente.



COMO TER SUCESSO NA ESCRITA DE PRONTUÁRIO

Para ter sucesso na escrita de prontuário, a primeira coisa que você precisa é saber os termos técnicos. A segunda é saber redigir os textos, seja uma anamnese, um exame físico, uma anotação, evolução ou um relatório de enfermagem.

Se você quer se tornar uma pessoa confiante e pronta para fazer todos estes textos, pode ser que esse e-book com frases não te satisfaça, porque você quer aprender mais.

A boa notícia é que eu tenho como te ajudar.

Veja os passos que você pode dar agora:



1) Baixe gratuitamente

Lista de termos técnicos

Mini-guia para exame físico.

40 possíveis perguntas para anamnese.

4 modelos de anotação de enfermagem.

Itens que vem constar em uma anotação de enfermagem - 10 Procedimentos.

Modelos de Evolução de enfermagem.



2) Adquira estes materiais

E-book Anotação de Enfermagem: um guia indispensável.

E-book Pilares da Escrita de Prontuário.

E-book Manual Básico de Evolução de Enfermagem.



CURSO ESCRITA DE PRONTUÁRIO

[**SAIBA MAIS**](#)

Aldrina da Silva Confessor Cândido

<https://aldrinacandido.com>

<https://enfermagem.aldrinacandido.com>

Whatsapp: (77) 9 8819-5155