

- devem conter observações efetuadas, cuidados prestados, sejam eles os já padronizados, de rotina e específicos;
- devem, ainda, conter as respostas do usuário frente aos cuidados prescritos pelo Enfermeiro, intercorrências, sinais e sintomas observados;
- devem ser registradas após o cuidado prestado, orientação fornecida ou informação obtida;
- devem priorizar a descrição de características, como tamanho mensurado (cm, mm, etc.), quantidade (ml, l, etc.), coloração e forma;
- não devem conter termos que deem conotação de valor (bem, mal, muito, pouco, etc.);
- devem conter apenas abreviaturas previstas em literatura;
- devem ser referentes aos dados simples, pois não é correto, por exemplo, o Técnico ou Auxiliar de Enfermagem anotar dados referentes ao exame físico do usuário, como abdome distendido, timpânico, pupilas isocóricas, etc., visto que, para a obtenção destes dados, é necessário ter realizado o exame físico prévio, que constitui ação privativa do Enfermeiro.



É importante que todos os profissionais de Enfermagem após o registro de suas ações:

- identifiquem a ação com o seu nome, nº do registro no Coren-SP; é obrigatório o uso do carimbo;
- identifiquem a ficha de Anotação de Enfermagem com o nome do usuário, além da data e hora;
- o registro deve conter subsídios para permitir a continuidade do planejamento dos Cuidados de Enfermagem nas diferentes fases e para o planejamento assistencial da equipe multiprofissional;
- o registro deve permitir e favorecer elementos administrativos e clínicos para auditoria em Enfermagem;
- o registro deve fazer parte do prontuário e servir de fonte de dados para processo administrativo, legal, de ensino e pesquisa;
- os registros podem ser do tipo: manual, escrito à tinta e nunca a lápis; ou eletrônico, de acordo com a legislação vigente.