**PLANO DE CUIDADO INTEGRADO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOME DA UBS:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Referencia da UBS:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Telefone:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | **DATA:\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_**  **Município:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **1. IDENTIFICAÇÃO** | | |
| Nome do paciente: | | |
| Cartao SUS: | | |
| Data de Nascimento: | Nome da mãe: | |
| Municipio destino: | Unidade de Saude Pré ou Hospitalar: | |
| **ATENÇÃO:** Segurança do paciente: preencher todos os campos e nao abreviar nome do paciente e da mãe | | |

**ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PARA A ATENÇÃO PRÉ E HOSPITALAR**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **2. ALERGIAS PRÉ EXISTENTES (especificar):** | | | | | |
|  | | | | | |
| **3. HISTÓRIA DE SAÚDE PREGRESSA** | | | | | | | |
| ( ) Idoso  ( ) Gestante  ( ) Puérpera  ( ) Crianças  ( ) Tabagista e/ou com história  ( ) Hipertensão arterial sistêmica baixo  ( ) Miocardiopatia  ( ) Doença cardíaca congênita  ( ) Diabetes mellitus  ( ) Obesidade (IMC > 30)  ( ) Doença renal crônica  ( ) Diálise  ( ) Doença pulmonar grave  ( ) Tuberculose  ( ) Hanseníase | | ( ) Doença hematológica  ( ) Transtornos neurológicos e do  desenvolvimento  ( ) Doença mental grave  ( ) Pessoa Imunocomprometida  ( ) Maior 19 anos de idade em uso  prolongado de AAS  ( ) Doença cromossômica com estado de  fragilidade imunológica  ( ) Pessoa em ILPI, abrigo, comunidade  terapêutica  ( ) Pessoas em situação de rua  ( ) Indígena aldeado ou com dificuldade de  acesso  ( ) Quilombola  ( ) População privada de liberdade  ( ) Outras (especificar): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| **3.1 Estratificação de risco da condição crônica:**  ( ) Risco habitual/ baixo ( ) Risco médio/ intermediário ( ) Risco alto/ muito alto  ( ) Robusto ( ) Risco de fragilização ( ) Frágil | | | | | | |
| **3.2 Estabilidade clínica/ metabólica/ funcional:**  ( ) Sim ( ) Não | | | | | | |
| **4. DADOS DO ATENDIMENTO** | | | | | | |
| **4.1 SINAIS E SINTOMAS/ DATA DO INÍCIO** | | | | | | |
| ( ) Febre ≥ 37,8ºC ......../......./........  ( ) Tosse ......../......./........  ( ) Dispneia ......../......./........  ( ) Mialgia ......../......./........  ( ) Anorexia ......../......./........  ( ) Produção de escarro ......../......./........  ( ) Dor de garganta ......../......./........  ( ) Confusão ......../......./........  ( )Tonturas ......../......./........  ( ) Dor de cabeça ......../......./........ | | ( ) Dor no peito ......../......./........  ( ) Hemoptise ......../......./........  ( ) Diarréia ......../......./........  ( ) Náusea/vômito ......../......./........  ( ) Dor abdominal ......../......./........  ( ) Congestão conjuntival ......../......./........  ( ) Anosmia súbita ou hiposmia ...../......./........  ( ) Disgeusia ......../......./........  ( ) Outros:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| **4.2 SINAIS VITAIS** | | | | | | |
| Temperatura:\_\_\_\_\_\_\_  Pulso:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Frequência respiratória:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Pressão arterial: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_x\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Saturação de SpO2 <95% em ar ambiente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Frequência cardíaca:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |
| **5. DIAGNÓSTICOS MULTIPROFISSIONAL E CONDIÇÕES CLÍNICAS ASSOCIADAS** | | | | | | |
| 1.  2.  3.  4. | | | | | | |
| **6. DADOS DO ATENDIMENTO** | | | | | | |
| **6.1** Exame realizado  ( ) Glicemia capilar:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ( ) RT-PCR  ( ) Sorologia para Covid-19  ( ) Teste rápido para Covid-19  ( ) Hemograma  ( ) Outros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |
| **6.2 MEDICAMENTOS DE USO CONTINUO** | | | | | | |
| |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Horario** | **Medicamentos** | **Dose** | **Via** | **Observação** | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | | | | | | | |
| **6.3. MEDICAMENTOS/TERAPIA/PROCEDIMENTOS REALIZADOS** | | | | | | |
| **Horario** | **Medicamento/terapia/procedimento** | | **Dose** | **Via** | **Observação** | |
|  |  | |  |  |  | |
|  |  | |  |  |  | |
|  |  | |  |  |  | |
|  |  | |  |  |  | |
|  |  | |  |  |  | |
|  |  | |  |  |  | |
|  |  | |  |  |  | |
|  |  | |  |  |  | |
|  | | | | | | |
| **7. INFORMAÇÕES ADICONAIS RELEVANTES PARA O CUIDADO INTEGRADO** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **Assinatura/Carimbo:** | | | | | | |