**PLANO DE CUIDADO INTEGRADO**

**ATENÇÃO HOSPITALAR PARA À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOME DO HOSPITAL: DATA:** | |
| **1. IDENTIFICAÇÃO** | |
| **Nome do paciente:** | |
| **Data de Nascimento:** | **Nome da mãe:** |
| **Município:** | **Nome da Unidade Básica de Saúde (UBS):** |

|  |
| --- |
| **2. ALERGIA MEDICAMENTOSA (especificar):** |
|  |
| **3. DADOS DA INTERNAÇÃO** |
| Data da internação: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data da alta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Unidade: ( ) Enfermaria - Tempo: \_\_\_\_\_dias | Semi-intensiva - Tempo: \_\_\_\_\_dias | UTI - Tempo: \_\_\_\_\_dias  Ventilação: Não invasiva: ( ) Não ( ) Sim - Tempo: \_\_\_\_\_\_\_\_ | Mecânica invasiva: ( ) Não ( ) Sim Tempo: \_\_\_\_\_\_\_\_  Diálise: ( ) Não ( ) Sim | Reanimação cardiopulmonar: ( ) Não ( ) Sim - Tempo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_  Procedimentos cirurgicos realizados: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Sonda de gastrostomia: ( ) Não ( ) Sim – Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ | Sonda vesical: ( ) Não ( ) Sim – Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  Transfusão de hemocomponentes e hemoderivados: ( ) Não ( ) Sim  Úlceras por pressão: ( ) Não ( ) Sim Localizações: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Diagnósticos multiprofissional durante a internação (Diagnósticos relevantes e condições clínicas associadas)** |
| 1)  2)  3)  4) |
| **Exames diagnósticos complementares realizados e resultados:** |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Exame:** | **Data:** | **Resultado:** | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |
| **4. Continuidade dos Cuidados na APS** |
| **Condições de Alta:**  ( ) Curado ( ) Melhorando ( ) Melhora parcial ( ) Inalterado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Necessidade de cuidados domiciliares: ( ) Não ( ) Sim |
| **Medicamentos prescitos uso pós alta (a prescrição deverá ser entregue ao usuário ou acompanhante)** |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Nome: | Dosagem | Período | Observação: | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |

|  |
| --- |
| **Exames Solicitados (solicitação deverá ser entregue ao usuário ou acompanhante)** |
| Solicitado exames: ( ) Não ( ) Sim Quais? |
| **Declarações e atestados:**  ( ) Não ( ) Sim Quais? |

|  |  |
| --- | --- |
| **5. Outros cuidados ( descrever à frente)** | |
| ( ) Cuidados paliativos  ( ) Oxigênioterapia  ( ) Dieta enteral  ( ) Sonda de gastrostomia  ( ) Sonda vesical  ( ) Realização de curativos  ( ) Hemodiálise  ( ) Imunização  ( ) Monitoramento da Pressão Arterial  ( ) Monitoramento da Glicemia | ( ) Acompanhamento do serviço social  ( ) Acompanhamento psicológico  ( ) Reabilitação fisioterápica  ( ) Reabilitação fonoaudiológica  ( ) Acompanhamento nutricional  ( ) Acompanhamento odontológico  ( ) Atividade física  ( ) Outras especilidades: |
| **INFORMAÇÕES ADICONAIS RELEVANTES PARA O CUIDADO** | |
|  | |
| Assinatura/Carimbo: | |
| ESTE DOCUMENTO DEVERÁ SER ENTREGUE PELO USUÁRIO/FAMILIAR NA UNIDADE DE SAÚDE MAIS PRÓXIMA DA SUA RESIDÊNCIA IMEDIATAMENTE APÓS A ALTA | |