**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: \_\_\_\_\_diasVentilação: 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 |