

Avaliação para alta

DMS



ATENÇÃO DOMICILIAR:
SITUAÇÕES CLÍNICAS
COMUNS EM IDOSOS
MÓDULO DE AUTOAPRENDIZAGEM

DADOS DO IDOSO:

Nº do Prontuário: _____

Nome: _____

Endereço: _____

Sexo: Masculino Feminino Data de Nascimento: __/__/____ Idade: _____ anos Data da alta: __/__/____

CONDIÇÕES GERAIS				RELAÇÕES SOCIAIS	
Peso	____, ____ kg	Risco de queda	<input type="checkbox"/> Baixo <input type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Alto	Isolamento social?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Condições de hidratação	<input type="checkbox"/> Desidratado <input type="checkbox"/> Hidratado <input type="checkbox"/> Anasarca	Presença de UPP	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Apoio familiar?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Atividades da vida diária	<input type="checkbox"/> Senta <input type="checkbox"/> Levanta <input type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Não se aplica	Desenvolvimento de UPP durante o período de AD	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Conflito?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
				Negligência/ Abandono/Abuso?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

EXAME FÍSICO					
Pressão arterial	____, ____ mmHg	Problema p/ mastigar	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Melhorou <input type="checkbox"/> Estável <input type="checkbox"/> Piorou		
Temperatura	____ °C	Nutrição adequada	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Melhorou <input type="checkbox"/> Estável <input type="checkbox"/> Piorou		
Frequência Cardíaca	____ bpm	Eliminações	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Diarreia		
Ausulta cardíaca		Infecção urinária	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Freq. Respiratória	____ mrpm	Uso de sondas	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Nasogástrica <input type="checkbox"/> Nasoenteral <input type="checkbox"/> Gastrostomia <input type="checkbox"/> Vesical		
Ausulta pulmonar		Feridas (exceto UPP)	<input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Cicatrização parcial <input type="checkbox"/> Cicatrização completa		
Dificuldade p/ respirar	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Sente dor?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Hospitalização no período de AD	
Oxigenioterapia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Avaliação da dor (0 a 10)		Cuidador apresenta desgaste emocional?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		Dor impede a realização de AVD?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vacinas em dia?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

AVALIAÇÃO DO SERVIÇO	
Profissionais necessários para o cuidado (a partir do PTS)	<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermeiro <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta <input type="checkbox"/> Odontólogo <input type="checkbox"/> Nutricionista <input type="checkbox"/> Psicólogo <input type="checkbox"/> Téc. Enfermagem <input type="checkbox"/> Outro _____
Recebeu atendimento do:	<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermeiro <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta <input type="checkbox"/> Odontólogo <input type="checkbox"/> Nutricionista <input type="checkbox"/> Psicólogo <input type="checkbox"/> Téc. Enfermagem <input type="checkbox"/> Outro _____
Precisou de atendimento de urgência no período de AD	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Medicação revisada	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica
Foi verificado apoio familiar/cuidador	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica
Satisfação com o atendimento	<input type="checkbox"/> Nada satisfeito <input type="checkbox"/> Satisfeito <input type="checkbox"/> Completamente satisfeito <input type="checkbox"/> Pouco satisfeito <input type="checkbox"/> Muito satisfeito

Autores: Louriele Wachs ,
Mariangela Soares
Editores: Anaclaudia Fassa,
Deisi Soares, Elaine Thumé