

MONITORAMENTO

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

| | Avaliação Admissional | 1º Monitoramento | 2º Monitoramento | 3º Monitoramento |
|--|---|---|---|---|
| Data | --/--/---- | --/--/---- | --/--/---- | --/--/---- |
| Profissional (Carimbo) | | | | |
| CONDIÇÕES GERAIS | | | | |
| Higienização | <input type="checkbox"/> Adequada <input type="checkbox"/> Insuficiente | <input type="checkbox"/> Adequada <input type="checkbox"/> Insuficiente | <input type="checkbox"/> Adequada <input type="checkbox"/> Insuficiente | <input type="checkbox"/> Adequada <input type="checkbox"/> Insuficiente |
| Peso | ____, ____ kg | ____, ____ kg | ____, ____ kg | ____, ____ kg |
| Condições de hidratação | <input type="checkbox"/> Desidratado <input type="checkbox"/> Hidratado <input type="checkbox"/> Anasarca | <input type="checkbox"/> Desidratado <input type="checkbox"/> Hidratado <input type="checkbox"/> Anasarca | <input type="checkbox"/> Desidratado <input type="checkbox"/> Hidratado <input type="checkbox"/> Anasarca | <input type="checkbox"/> Desidratado <input type="checkbox"/> Hidratado <input type="checkbox"/> Anasarca |
| Atividades da vida diária | <input type="checkbox"/> Senta <input type="checkbox"/> Levanta <input type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Não se aplica | <input type="checkbox"/> Senta <input type="checkbox"/> Levanta <input type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Não se aplica | <input type="checkbox"/> Senta <input type="checkbox"/> Levanta <input type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Não se aplica | <input type="checkbox"/> Senta <input type="checkbox"/> Levanta <input type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Não se aplica |
| Risco de queda | <input type="checkbox"/> Baixo <input type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Alto | <input type="checkbox"/> Baixo <input type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Alto | <input type="checkbox"/> Baixo <input type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Alto | <input type="checkbox"/> Baixo <input type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Alto |
| Caiu durante o período de AD | | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| Fraturou durante o período de AD | | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| Risco para UPP | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| Presença de UPP | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não /Curou | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não/Curou | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não/Curou |
| Desenvolvimento de UPP durante o período de AD | | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| Hospitalização no período de AD | | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| Sente dor? | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica |
| Avaliação da dor (0 a 10) | | | | |
| Dor impede a realização AVD | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| Cuidador apresenta desgaste emocional? | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |

EXAME FÍSICO

| | Avaliação Admissional | 1º Monitoramento | 2º Monitoramento | 3º Monitoramento |
|--|--|--|--|--|
| Pressão arterial | ____ x ____ mmHg | ____ x ____ mmHg | ____ x ____ mmHg | ____ x ____ mmHg |
| Temperatura | ____, ____ °C | ____, ____ °C | ____, ____ °C | ____, ____ °C |
| Frequência Cardíaca | ____ bpm | ____ bpm | ____ bpm | ____ bpm |
| Ausulta cardíaca | | | | |
| Frequência Respiratória | ____ mrpm | ____ mrpm | ____ mrpm | ____ mrpm |
| Ausulta pulmonar | | | | |
| Dificuldade p/ respirar | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| Oxigenioterapia | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| Problema p/ mastigar | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Melhorou <input type="checkbox"/> Estável <input type="checkbox"/> Piorou | <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Melhorou <input type="checkbox"/> Estável <input type="checkbox"/> Piorou | <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Melhorou <input type="checkbox"/> Estável <input type="checkbox"/> Piorou |
| Nutrição adequada | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Melhorou <input type="checkbox"/> Estável <input type="checkbox"/> Piorou | <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Melhorou <input type="checkbox"/> Estável <input type="checkbox"/> Piorou | <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Melhorou <input type="checkbox"/> Estável <input type="checkbox"/> Piorou |
| Eliminações | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Diarreia | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Diarreia | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Diarreia | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Diarreia |
| Infecção urinária | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| Uso de sondas | <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Nasogástrica <input type="checkbox"/> Nasoenteral <input type="checkbox"/> Gastrostomia <input type="checkbox"/> Vesical | <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Nasogástrica <input type="checkbox"/> Nasoenteral <input type="checkbox"/> Gastrostomia <input type="checkbox"/> Vesical | <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Nasogástrica <input type="checkbox"/> Nasoenteral <input type="checkbox"/> Gastrostomia <input type="checkbox"/> Vesical | <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Nasogástrica <input type="checkbox"/> Nasoenteral <input type="checkbox"/> Gastrostomia <input type="checkbox"/> Vesical |
| Declínio do estado mental | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Melhorou <input type="checkbox"/> Estável <input type="checkbox"/> Piorou | <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Melhorou <input type="checkbox"/> Estável <input type="checkbox"/> Piorou | <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Melhorou <input type="checkbox"/> Estável <input type="checkbox"/> Piorou |
| Declínio do estado emocional | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Melhorou <input type="checkbox"/> Estável <input type="checkbox"/> Piorou | <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Melhorou <input type="checkbox"/> Estável <input type="checkbox"/> Piorou | <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Melhorou <input type="checkbox"/> Estável <input type="checkbox"/> Piorou |
| Declínio do estado comportamental | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Melhorou <input type="checkbox"/> Estável <input type="checkbox"/> Piorou | <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Melhorou <input type="checkbox"/> Estável <input type="checkbox"/> Piorou | <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Melhorou <input type="checkbox"/> Estável <input type="checkbox"/> Piorou |

AVALIAÇÃO DO SERVIÇO

| | Avaliação Admissional | 1º Monitoramento | 2º Monitoramento | 3º Monitoramento |
|--|---|---|---|---|
| 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"/> 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"/> 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"/> 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 _____ |
| Recebeu atendimento do: | Médico | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica |
| | Enfermeiro | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica |
| | Fisioterapeuta | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica |
| | Odontólogo | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica |
| | Nutricionista | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica |
| | Psicólogo | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica |
| | Téc. em Enfermagem | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| Precisou de atendimento de urgência no período de AD | | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| Medicação revisada | | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica | <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 | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica | <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"/> Pouco satisfeito <input type="checkbox"/> Satisfeito <input type="checkbox"/> Muito satisfeito <input type="checkbox"/> Completamente satisfeito | <input type="checkbox"/> Nada satisfeito <input type="checkbox"/> Pouco satisfeito <input type="checkbox"/> Satisfeito <input type="checkbox"/> Muito satisfeito <input type="checkbox"/> Completamente satisfeito | <input type="checkbox"/> Nada satisfeito <input type="checkbox"/> Pouco satisfeito <input type="checkbox"/> Satisfeito <input type="checkbox"/> Muito satisfeito <input type="checkbox"/> Completamente satisfeito | <input type="checkbox"/> Nada satisfeito <input type="checkbox"/> Pouco satisfeito <input type="checkbox"/> Satisfeito <input type="checkbox"/> Muito satisfeito <input type="checkbox"/> Completamente satisfeito |