



# PLANO E PROJETO TERAPÊUTICO

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome :

Data de Nasc :

Cód :

Leito :

Conv. :

Médico :

IDADE:

PACIENTE IDOSO  SIM  NÃO**MOTIVOS DA INTERNAÇÃO**

DIAGNÓSTICO PRIMÁRIO - CID 10 (CID PRINCIPAL)

CID SECUNDÁRIO 1

CID SECUNDÁRIO 2

NATUREZA DA DOENÇA  AGUDA  CRÔNICA  REVERSÍVEL  IRREVERSÍVEL

OBSERVAÇÕES \_\_\_\_\_

INCLUSÃO DE PROTOCOLO GERENCIADO  SIM. QUAL? \_\_\_\_\_  NÃO**ANTECEDENTES MÉDICOS E PESSOAIS**

- TABAGISMO  ALCOOLISMO  ALERGIAS \_\_\_\_\_
- MEDICAÇÕES DE USO PRÉVIO \_\_\_\_\_
- HISTÓRIA MÉDICA PREGRESSA/ CIRURGIAS \_\_\_\_\_
- TRATAMENTOS EM CURSO \_\_\_\_\_

**COMORBIDADES**

- ASMA OU DPOC  HAS  DOENÇA CORONARIANA  AVC  DISLIPIDEMIA  DIABETES
- INSUFICIÊNCIA RENAL  INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA  INSUFICIENCIA CARDÍACA  MARCAPASSO
- DEPRESSÃO
- ARRITMIA QUAL? \_\_\_\_\_
- VALVULOPATIA QUAL? \_\_\_\_\_
- OUTRAS \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DE RISCOS****RELACIONADOS À PATOLOGIA**

- SEPSE  FLEBITE  QUEDA  ÚLCERA DE PRESSÃO  TEV  PAV
- OUTRAS \_\_\_\_\_

RELACIONADOS AO PACIENTE:  DESNUTRIÇÃO  DESIDRATAÇÃO  READMISSÃO**GRAU DE INDEPENDÊNCIA:**  INDEPENDENTE  PARCIALMENTE DEPENDENTE  MUITO DEPENDENTE**OBJETIVOS DA INTERNAÇÃO****CONDUTAS DIAGNÓSTICAS****PROPÓSITOS**

- |          |       |
|----------|-------|
| 1. _____ | _____ |
| 2. _____ | _____ |
| 3. _____ | _____ |
| 4. _____ | _____ |
| 5. _____ | _____ |

**CONDUTAS TERAPÊUTICAS****PROPÓSITOS**

- |          |       |
|----------|-------|
| 1. _____ | _____ |
| 2. _____ | _____ |
| 3. _____ | _____ |
| 4. _____ | _____ |
| 5. _____ | _____ |

**CRITÉRIOS DE ALTA**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

PREVISÃO DE HOME-CARE  SIM  NÃOPACIENTE E FAMILIARES CIENTES?  SIM  NÃO. PQ? \_\_\_\_\_

DATA PROVÁVEL DA ALTA HOSPITALAR: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DATA MODIFICADA?  NÃO  SIM POR QUE? \_\_\_\_\_

ASSINATURA:

CRM:

NOVA DATA DA ALTA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## PROJETO TERAPÊUTICO

DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL

 DEP GRAVE    DEP MODERADA    DEP LEVE    NUTRIDO    SOBREPESO    OBESOCONDUTA    VIA ORAL:    BRANDA    PASTOSA    SEMI-LÍQUIDA    LÍQUIDA COMPLETA    LÍQUIDA RESTRITA  
 TNE    TNP    SUPLEMENTAÇÃO

META CALÓRICA   VET: \_\_\_\_\_   TAXA PROTÉICA: \_\_\_\_\_

DEP = Desnutrição Energético Proteíca   TNE = Terapia Nutricional Enteral   TNP = Terapia Nutricional Parenteral

**FARMÁCIA**

ESCORE DE RISCO SEGUIMENTO FARMACO/TERAPEUTICO

MONITORAÇÃO FARMACOLÓGICO/ LABORATORIAL

OBSERVAÇÕES

ASS:

**ENFERMAGEM**

PLANO CUIDADO ALINHADO AO RISCO

MONITORAR INSTABILIDADE CLÍNICA

ASS:

**SERVIÇO SOCIAL**

RISCO SOCIAL

SUPORTE PARA ALTA

ASS:

**PSICOLOGIA**

SUPORTE PARA PACIENTE/ FAMÍLIA

ASS:

**FISIOTERAPIA**

DIAGNÓSTICO FISIOTERAPÊUTICO

META PARA FUNÇÃO  
CARDIORRESPIRATÓRIA

META PARA MOBILIDADE

ASS:

**FONOAUDILOGIA**

ASS:

### PLANO DE ALTA MULTIDISCIPLINAR

ASSERTIVIDADE    SIM    NÃO   OBSTÁCULOS: \_\_\_\_\_

GESTÃO DE RISCO:

ORIENTAÇÃO DE ENFERMAGEM

ORIENTAÇÃO MEDICAMENTOSA (FARMACÊUTICO)

RETORNO AMBULATORIAL (SERVIÇO SOCIAL)

ORIENTAÇÃO NUTRICIONAL

ORIENTAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

REABILITAÇÃO ESPECIALIZADA (ESPECIALISTA)

SAÍDA CERTA?    SIM    NÃO. PORQUE? \_\_\_\_\_

CID DE SAÍDA