

# ANEXO. PLANO DE CUIDADOS PARA A SAÚDE DA PESSOA IDOSA

1. IDENTIFICAÇÃO									
Nome do usuário: Nome social:									
Data de nascimento:	Idade:	CPF:	Cartão SUS:						
Endereço:		Município:	Telefone:						
UBS de origem	ESF	ACS (nome):	Prontuário:						
Apoio familiar (nome)	(telefone)	Apoio comunitário (nome)	(telefone)						
2. Autocuidado									
Letramento Funcional em Saúde (LFS): ( ) Inadequado ( ) Limitado ( ) Adequado			Adesão Terapêutica: ( ) Pouco aderente - intencional ( ) Pouco aderente - não intencional ( ) Aderente						
Capacidade de Autocuidado: ( ) Suficiente ( ) Insuficiente	Estágio motivacional para mudança:	Suporte Familiar: ( ) Suficiente ( ) Insuficiente	Suporte Social: ( ) Suficiente ( ) Insuficiente						
3. LISTA DE PROBLEMAS			IVCF-						
<b>Problemas identificados pela equipe</b> (condição crônica de saúde e estratificação de risco, outros diagnósticos, complicações, fatores de risco modificáveis e não modificáveis, fatores de risco psicossociais, outros problemas):									
<b>Problemas identificados pelo usuário:</b>									
4. DADOS PARA AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO CLÍNICO									
Peso: kg	Estatura: cm	IMC:	Circunferências Abdominal: cm		Panturrilha: cm	Velocidade de marcha: s	TAX: °C		
PA (deitado) PAS mmHg		PAD mmHg	PA (sentado) PAS mmHg		PAD mmHg	PA (de pé) PAS mmHg		PAD mmHg	ITB
FC bpm	FR irpm	Glicemia Jejum: mg/dL		Pós prandial: mg/dL	Se glicemia > 250 mg/dl Glicosúria		Cetonúria	Dor	
Caso os parâmetros estejam alterados, registrar possíveis causas (não utilização de medicamentos prescritos, jejum prolongado, outros):									
EXAMES COMPLEMENTARES:									
5. PROBLEMAS E RECOMENDAÇÕES									
PROBLEMA	OBJETIVOS	BARREIRAS / DIFICULDADES	PRIORIZAÇÃO *		RECOMENDAÇÕES				

\* Assinalar os problemas por ordem de prioridade: P1, P2, P3 (recomendável até 3 priorizações)

continua...

**6. MEDICAMENTOS**

Alergia medicamentosa:

MEDICAMENTO	DOSE	VIA	HORÁRIO	AQUISIÇÃO G / P *	ORIENTAÇÕES (armazenamento, administração, monitoramento com exames, outras):

**DESPRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS**

MEDICAMENTO	JUSTIFICATIVA

\* Aquisição gratuita (G) ou particular (P)

**7. INTERVENÇÕES CURATIVAS E/OU PALIATIVAS (ações direcionadas a problemas específicos)**


**8. ENCAMINHAMENTOS E EXAMES**


**9. PROBLEMAS PRIORITÁRIOS E METAS**

PROBLEMA	AÇÃO	META	GRAU (1 a 10) INTERESSE	GRAU (1 a 10) CONFIANÇA	APOIO NECESSÁRIO
P1					
P2					
P3					

**10. ORIENTAÇÃO PARA SINAIS DE ALERTA**

SITUAÇÃO	RECOMENDAÇÃO	SERVIÇO DE URGÊNCIA DE REFERÊNCIA	OBSERVAÇÕES

**11. PRÓXIMOS ATENDIMENTOS**

<b>APS</b>	Data: ___/___/___ Hora: _____	<b>AAE</b>	Data: ___/___/___ Hora: _____
------------	-------------------------------	------------	-------------------------------

**DATA DA ELABORAÇÃO, ASSINATURAS E CARIMBOS**

Profissionais responsáveis pela elaboração do Plano de Cuidados	Profissional do Ponto de Apoio responsável pela avaliação e fechamento do plano de cuidados