

ANEXO. PLANO DE CUIDADOS DA LINHA DE CUIDADO MATERNO INFANTIL

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										
Problemas identificados pela equipe (condição crônica de saúde e estratificação de risco, outros diagnósticos, complicações, fatores de risco modificáveis e não modificáveis, fatores de risco psicossociais, outros problemas):										
Problemas identificados pelo usuário:										
4. DADOS PARA AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO CLÍNICO										
Peso: kg	Estatura: cm	IMC:	Circunferências				Glicemia			
			Abdominal: cm	Cefálica: cm	Torácica: cm	Panturilha: cm	Jejum: mg/dL	Pós prandial: mg/dL		
TAX: °C	PAS mmHg	PAD mmHg	Freq. Radial bpm		FR bpm	Oximetria %	Se glicemia >250mg/dl Glicosúria Cetonúria Dor			
DUM	DPP	IG sem	IGC sem		BCF bpm	UF bpm				
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

APS	Data: ___/___/___ Hora:	AAE	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
---	---