

ANEXO. PLANO DE CUIDADOS PARA A SAÚDE DA PESSOA COM HIPERTENSÃO E DIABETES

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-		
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 Abdominal: 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

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
---	---