

Jose Ignacio Martín

DOCUMENTAÇÃO EM SERVIÇOS PARA A TERCEIRA IDADE



BN BYBLOS
NATIVE®

TÍTULO
Documentação em Serviços para a Terceira Idade

AUTOR
João Guilherme Guinaldo Martín

EDITOR
Byblos Nacional Editora
info@byblos-nacional.com.br

EDIÇÃO
1ª edição

TAMANHO DE SUPORTE
A4 (Folha Técnica)

CLASSIFICAÇÃO CDD - THEMA - NÍVEL 1
J - Sociologia e ciências sociais

CLASSIFICAÇÃO CDD - THEMA - NÍVEL 2
JK - Serviços sociais e assistência social, criminologia

ISBN
978-85-99770-4-4

DOCUMENTAÇÃO EM SERVIÇOS PARA A TERCEIRA IDADE

| | |
|---|-----------|
| INTRODUÇÃO | 4 |
| DEDICATÓRIA | 6 |
| EPIGRAFE | 8 |
| TEMA 1. DOCUMENTAÇÃO EM SERVIÇOS SOCIAIS PARA A TERCEIRA IDADE | 10 |
| 1. Marcos Teóricos Aplicados ao Desenvolvimento da Documentação | 10 |
| Modelo de Vulnerabilidade, Individual Perceptions, Strengths (VIPS) | 11 |
| Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) | 12 |
| Comparação entre Modelos | 14 |
| 2. Classificação da Documentação | 15 |
| Dados de estrutura de saúde | 16 |
| Dados do Contexto Pessoal, Histórico e Familiar | 17 |
| Informação acerca da incapacidade em Estrutura e Funções | 18 |
| Plano de Cuidados | 18 |
| Normas de Tratamento e Gestão de Recursos Humanos | 21 |
| 3. Gestão da Documentação | 22 |
| Falhas na Organização de Registos e Documentação | 22 |
| Políticas de Organização da Documentação | 29 |
| Implementação de Registos Electrónicos | 29 |
| Registos e Documentação como Prova Legal | 30 |
| TEMA 2. FORMULARIOS | 34 |
| EXAME INTEGRAL DO IDOSO | 36 |
| OBJECTIVOS DE REABILITAÇÃO DO CUIDADO | 50 |
| AVALIAÇÃO DO INTESTINO | 50 |
| AVALIAÇÃO NUTRICIONAL ENTÉRICA | 54 |
| AVALIAÇÃO DA AUTO-ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS | 56 |
| AVALIAÇÃO PÓS-QUEDA | 58 |
| PLANOS DE CUIDADOS GLOBAL | 60 |
| PLANO DE CUIDADOS CARDÍACOS | 60 |

| | |
|---|----|
| PLANO DE CUIDADOS RESPIRATÓRIOS | 61 |
| PLANO DE CUIDADOS GENITOURINÁRIOS | 62 |
| PLANO DE CUIDADOS MÚSCULO-ESQUELÉTICOS | 63 |
| PLANO DE CUIDADOS DA PELE | 64 |
| PLANO DE CUIDADOS DE SEGURANÇA (EM SERVIÇO DE APOIO COMUNITÁRIO) | 65 |
| PLANO DE CUIDADOS ENDÓCRINOS | 66 |
| PLANO DE CUIDADOS DE CONFORTO/DOR | 67 |
| PLANO DE CUIDADOS GASTROINTESTINAIS | 68 |
| PLANO DE CUIDADOS SOCIAIS/EMOCIONAIS | 69 |
| PLANO DE CUIDADOS ESPIRITUAIS | 70 |
| RESULTADOS DESEJADOS | 71 |
| RESUMO GERAL SOBRE O PLANO DE CUIDADOS | 72 |
| REGISTROS DE CUIDADOS | 74 |
| SINAIS VITAIS E FLUXOGRAMA DE PESO | 76 |
| REGISTRO DE MOVIMENTO INTESTINAL | 78 |
| REGISTRO DE ELIMINAÇÃO / REGIÃO DE CONTINÊNCIA | 80 |
| REGISTRO DE QUIDENTES | 82 |
| FLUXOGRAMA DE CONTROLO DO DIABETES | 84 |
| REGISTRO INDIVIDUAL DE MEDICAÇÃO | 86 |
| REGISTRO INDIVIDUAL DE MEDICAÇÃO | 87 |
| REGISTRO DE PROBLEMA NA PELE / TIPOS DE FERIDAS | 90 |

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

92

DEDICATÓRIA

A todos os profissionais de saúde, cuidadores, assistentes sociais, voluntários e todos aqueles que estiveram na linha de frente durante a pandemia do COVID-19. Escrevemos este livro. Em um momento de incerteza global, vocês foram a fonte de esperança, cuidando incansavelmente daqueles que estavam mais vulneráveis entre nós. Com coragem, empatia e um compromisso inabalável, vocês enfrentaram riscos pessoais, superaram insuperáveis desafios e continuaram a oferecer cuidados, conforto e compaixão.

Esta dedicatória é um pequeno gesto de reconhecimento pelo imenso sacrifício e pela dedicação heróica que demonstraram, não apenas como profissionais, mas como verdadeiros guardiões da humanidade. Vocês mostraram ao mundo a força do espírito humano e a profundidade do cuidado altruísta.

Que as histórias e ensinamentos contidos neste livro sirvam como um tributo à vossa resiliência e ao vosso coração generoso. Este trabalho é um reflexo do amor, da gratidão e admiração por tudo o que fizeram e continuam a fazer. A vossa obra nunca será esquecida, e o impacto do vosso trabalho ecoará por gerações.

Com profundo respeito e gratidão

Jose Ignacio Martín

EPIGRAFE

Em cada página da vida de um idoso, há histórias de alegrias vividas, desafios superados e sabedoria acumulada. Na jornada do envelhecimento, os lares de idosos abrem-se os novos capítulos onde essas histórias continuam a ser escritas, e a documentação desempenha um papel crucial em garantir que cada momento seja registrado com precisão, respeito e dignidade.

A implementação dos serviços sociais para a terceira idade, a documentação não é apenas um requisito técnico ou uma formalidade administrativa; é a linguagem através da qual profissionais expressam seu cuidado, atenção e comprometimento com o bem-estar de cada residente. É através desses registros que podemos garantir a continuidade de cuidado personalizado, adequado às necessidades e histórias de vida de cada pessoa idosa.

Este livro surge da necessidade de refletir sobre a prática da documentação em lares de idosos, um tema que, embora crucial, frequentemente revela-se como um desafio em meio à dinâmica cotidiana dos cuidados. A literatura aponta para a insuficiência desses processos, destacando a urgência de uma maior sistematização na forma como registramos, compreendemos e atuamos na vida das pessoas idosas.

Este livro é um convite para repensarmos juntos a documentação em serviços sociais para a terceira idade. Que possamos avançar em direção a práticas que valorizem a precisão técnica, mas que sejam igualmente permeadas pela compaixão e pelo reconhecimento da dignidade intrínseca a cada ser humano. Que nossa documentação seja o reflexo de uma sociedade que respeita, honra e cuida de seus idosos com o zelo, a atenção e o amor que eles merecem.

Assim, ao virarmos a última página desta obra, esperamos que os leitores, sejam eles profissionais da área, estudantes ou interessados no tema, estejam mais equipados a transformar a documentação em uma ferramenta de cuidado verdadeiramente eficaz.

TEMA 1. DOCUMENTAÇÃO EM SERVIÇOS SOCIAIS PARA A TERCEIRA IDADE

A literatura sobre o uso de documentação e registros em lares de idosos destaca claramente a insuficiência desses processos (Hertzum, 2021), nomeadamente o nível de continência (Mangnall et al., 2006), bem como a necessidade de estabelecer uma maior sistematização nessa área (Mangnall et al., 2006).

Neste tema, se delineia o marco teórico da documentação, explorando os aspectos fundamentais e o contexto no qual ela se enquadra, visando a uma melhor compreensão acerca das práticas envolvidas na documentação.

O marco teórico nos lares de idosos tem eficiência operacional e registros precisos para melhorar o cuidado aos idosos, oferecendo coerência e ajudando a criar estratégias de intervenção eficazes.

1. Marcos Teóricos Aplicados ao Desenvolvimento da Documentação

A documentação é o processo de criação de um registro abrangente sobre o utente, evidenciando a continuidade, os resultados do tratamento e a educação fornecida ao utente (Bout, 2018). Qualquer modelo adoptado deve estruturar a forma como condições agudas e crónicas impactam os sistemas do corpo, o desempenho humano, a saúde e a capacidade das pessoas de desempenharem seus papéis na sociedade (Quinn & Gordon, 2015).

Tradicionalmente, os métodos de documentação nos cuidados de saúde não são padronizados, frequentemente consistindo em descrições narrativas (Florin et al., 2013). Contudo, é mais adequado que os profissionais disponham de um sistema padronizado de documentação e registro, apoiado por um modelo teórico subjacente que seja congruente com a prática do cuidado do utente.

Documentação
Tercerizados para a
e para a

ENDÓCRINO/HEMATOLOGIA

(Assinalar todos os itens aplicáveis)

| | | | | | | | | |
|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|------------------|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> | Diabetes: | <input type="checkbox"/> | Tipo 1 | <input type="checkbox"/> | Tipo 2 | <input type="checkbox"/> | Outros | |
| <input type="checkbox"/> | Dieta diabética | <input type="checkbox"/> | Medicação(ões): | <input type="checkbox"/> | Oral | <input type="checkbox"/> | Injetável | |
| <input type="checkbox"/> | Hiperglicemia | <input type="checkbox"/> | Glicosúria | <input type="checkbox"/> | Poliúria | <input type="checkbox"/> | Polidipsia | |
| <input type="checkbox"/> | Hipoglicemia: | <input type="checkbox"/> | Camisolas | <input type="checkbox"/> | Polifagia | <input type="checkbox"/> | Fraco | |
| <input type="checkbox"/> | Intervalo de glicemia | <input type="checkbox"/> | Doente | <input type="checkbox"/> | Relatório do prestador de cuidados | | | |
| <input type="checkbox"/> | Quem efectua a medição da glicemia | <input type="checkbox"/> | Autónomo | <input type="checkbox"/> | Auxiliar | <input type="checkbox"/> | Enfermeiro(a) | |
| <input type="checkbox"/> | Outros | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | Tiroide | <input type="checkbox"/> | Hipotireóide | <input type="checkbox"/> | Intolerância ao calor | <input type="checkbox"/> | Intolerância ao frio | |
| <input type="checkbox"/> | Outros | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | Arterial | Especificar se conhecido | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | Hemorragia secundária | <input type="checkbox"/> | Gastrointestinal | <input type="checkbox"/> | Geniturinário | <input type="checkbox"/> | Desconhecido | |
| <input type="checkbox"/> | Outros | <input type="checkbox"/> | | | | | <input type="checkbox"/> | SEM PROBLEMAS |

DOENÇA DE PELE / FERIDA

| FERIDA/LESÃO (Especificar) | #1 | #2 | #3 | #4 | #5 |
|----------------------------------|---|---|---|---|---|
| Localização | | | | | |
| Tipo: | <input type="checkbox"/> Úlcera diabética <input type="checkbox"/> Úlcera por pressão <input type="checkbox"/> Úlcera de estase venosa <input type="checkbox"/> Úlcera arterial <input type="checkbox"/> Ferida traumática <input type="checkbox"/> Ferida de queimadura <input type="checkbox"/> Ferida cirúrgica <input type="checkbox"/> Outros (especificar) | <input type="checkbox"/> Úlcera diabética <input type="checkbox"/> Úlcera por pressão <input type="checkbox"/> Úlcera de estase venosa <input type="checkbox"/> Úlcera arterial <input type="checkbox"/> Ferida traumática <input type="checkbox"/> Ferida de queimadura <input type="checkbox"/> Ferida cirúrgica <input type="checkbox"/> Outros (especificar) | <input type="checkbox"/> Úlcera diabética <input type="checkbox"/> Úlcera por pressão <input type="checkbox"/> Úlcera de estase venosa <input type="checkbox"/> Úlcera arterial <input type="checkbox"/> Ferida traumática <input type="checkbox"/> Ferida de queimadura <input type="checkbox"/> Ferida cirúrgica <input type="checkbox"/> Outros (especificar) | <input type="checkbox"/> Úlcera diabética <input type="checkbox"/> Úlcera por pressão <input type="checkbox"/> Úlcera de estase venosa <input type="checkbox"/> Úlcera arterial <input type="checkbox"/> Ferida traumática <input type="checkbox"/> Ferida de queimadura <input type="checkbox"/> Ferida cirúrgica <input type="checkbox"/> Outros (especificar) | <input type="checkbox"/> Úlcera diabética <input type="checkbox"/> Úlcera por pressão <input type="checkbox"/> Úlcera de estase venosa <input type="checkbox"/> Úlcera arterial <input type="checkbox"/> Ferida traumática <input type="checkbox"/> Ferida de queimadura <input type="checkbox"/> Ferida cirúrgica <input type="checkbox"/> Outros (especificar) |
| Tamanho (cm) (CxLxP) | | | | | |
| Fase (apenas úlceras de pressão) | | | | | |
| Abertura de túneis/Mineração | | | | | |
| Odor | | | | | |
| Pele envolvente | | | | | |
| Edema | | | | | |
| Estoma | | | | | |
| Aspetto do leito da ferida | | | | | |
| Drenagem / Montante | <input type="checkbox"/> Nenhum <input type="checkbox"/> Pequeno <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grande | <input type="checkbox"/> Nenhum <input type="checkbox"/> Pequeno <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grande | <input type="checkbox"/> Nenhum <input type="checkbox"/> Pequeno <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grande | <input type="checkbox"/> Nenhum <input type="checkbox"/> Pequeno <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grande | <input type="checkbox"/> Nenhum <input type="checkbox"/> Pequeno <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grande |
| Cor | <input type="checkbox"/> Limpo <input type="checkbox"/> Bronzeado <input type="checkbox"/> Serosanguíneo <input type="checkbox"/> Outros | <input type="checkbox"/> Limpo <input type="checkbox"/> Bronzeado <input type="checkbox"/> Serosanguíneo <input type="checkbox"/> Outros | <input type="checkbox"/> Limpo <input type="checkbox"/> Bronzeado <input type="checkbox"/> Serosanguíneo <input type="checkbox"/> Outros | <input type="checkbox"/> Limpo <input type="checkbox"/> Bronzeado <input type="checkbox"/> Serosanguíneo <input type="checkbox"/> Outros | <input type="checkbox"/> Limpo <input type="checkbox"/> Bronzeado <input type="checkbox"/> Serosanguíneo <input type="checkbox"/> Outros |
| Consistência | <input type="checkbox"/> Fino <input type="checkbox"/> Grosso | <input type="checkbox"/> Fino <input type="checkbox"/> Grosso | <input type="checkbox"/> Fino <input type="checkbox"/> Grosso | <input type="checkbox"/> Fino <input type="checkbox"/> Grosso | <input type="checkbox"/> Fino <input type="checkbox"/> Grosso |

AVALIAÇÃO DO INTESTINO

| | | | |
|---|---|--|-----------------------------|
| Data de início (se conhecida): | | Tempo da incontinência: | |
| Motivo da incontinência (se conhecido): | | | |
| Padrão de eliminação habitual: Frequência: | | Tempo: | Quantidade: |
| Coerência: | | Método: | |
| <input type="checkbox"/> | Macio/forma | <input type="checkbox"/> | Seco/seco |
| <input type="checkbox"/> | Mole | <input type="checkbox"/> | Diarreia |
| <input type="checkbox"/> | Difícil | | |
| <input type="checkbox"/> Outros (especificar): | | | |
| Fraldas: | | Usado durante a vigília | |
| <input type="checkbox"/> | Usado durante o sono | <input type="checkbox"/> | Não utilizado |
| História de obstipação: | | Em caso afirmativo, frequência: | |
| <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> | Sim |
| Flatulência: | | Comentários: | |
| <input type="checkbox"/> | Rara | <input type="checkbox"/> | Ocasional |
| <input type="checkbox"/> | Frequente | | |
| Utilização de clisteres: | | Frequência: | |
| <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> | Sim |
| Se sim, digitar: | | | |
| Utilização de laxantes: | | Frequência: | |
| <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> | Sim |
| Se sim, digitar: | | | |
| Problemas de pele/perianais: | | Dor | |
| <input type="checkbox"/> | Hemorroides | <input type="checkbox"/> | Fissuras/Fístulas |
| <input type="checkbox"/> | Outros problemas de pele (especificar): | <input type="checkbox"/> | Hemorragia |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | Irritações |
| Percepção da necessidade de defecação: | | Ausente | |
| <input type="checkbox"/> | Presente | <input type="checkbox"/> | Intermitente |
| Bem hidratado: | | Consumo médio de fluidos (24 horas) mL | |
| <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> | Sim |
| Fluidos de preferência: | | | |
| Os alimentos estimulam a eliminação: | | | |
| Isso: Inibem a eliminação: | | | |
| Hábitos alimentares: | | Ingestão calórica | |
| <input type="checkbox"/> | Pesado | <input type="checkbox"/> | Bom |
| <input type="checkbox"/> | Medio | <input type="checkbox"/> | Pobre |
| Ordem da dieta atual: | | Porcentagem habitualmente ingerida: % | |
| Comentários: | | | |
| Factores ambientais/dispositivos de apoio que restringem ou facilitam a capacidade de ir à casa de banho (especifique todos os que se aplicam) | | | |
| <input type="checkbox"/> | Barras de apoio | <input type="checkbox"/> | Assento baixo da sanita |
| <input type="checkbox"/> | Privacidade | <input type="checkbox"/> | Assento de sanita alto |
| <input type="checkbox"/> | Outros: | <input type="checkbox"/> | Vestuário adequado |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | Cómoda |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | Distância até casa de banho |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | Carris de cama |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | Iluminação adequada |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | Imobilização/alarmas |

AValiação Nutricional Entérica

Instruções: Obter e registar informações precisas sobre a avaliação na secção superior do formulário. Preencher os elementos fornecidos para cada avaliação. (Se não for aplicável, registar N/A)

| | | | | | |
|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Altura | <input type="checkbox"/> | _____ polegadas / | <input type="checkbox"/> | IMC _____ |
| | | <input type="checkbox"/> | _____ cm | | |
| <input type="checkbox"/> | Intervalo da nutrição entérica | <input type="checkbox"/> | _____ lbs/ | <input type="checkbox"/> | Peso corporal habitual _____ lbs/ |
| | | <input type="checkbox"/> | _____ kg | | _____ kg |

| Data | 1 st Avaliação | | 2 st Avaliação | | 3 st Avaliação | |
|--|---------------------------|-------|---------------------------|-------|---------------------------|--|
| | | | | | | |
| Tipo de tubo entérico | | | | | | |
| Método de administração | | | | | | |
| Ordem da fórmula | | | | | | |
| Calorias/dia | | | | | | |
| Proteína (g) | | | | | | |
| % DDR | | | | | | |
| Água/Fluidos m | | | | | | |
| Volume total de água mL | | | | | | |
| Volume de descarga | | | | | | |
| Necessidades de nutrientes e | Cal | | Cal | | Cal | |
| | pro | | pro | | g pro | |
| | mL | | | | mL | |
| Porcentagem de dieta | | | | | | |
| % de ingestão | | | | | | |
| Peso atual | | | | | | |
| Altura/Data atual | | | | | | |
| Dados de laboratório | Data: | | Data: | | Data: | |
| | Hgb | | Hgb | | Hgb | |
| | BUN/Cr | | BUN/Cr | | BUN/Cr | |
| | Hct | | Hct | | Hct | |
| | Na | | | | K+ | |
| | Alb | | Alb | | Alb | |
| | PAB | | PAB | | PAB | |
| | Ca | | Ca | | Ca | |
| | Magnésio | | Magnésio | | Magnésio | |
| | A1C | | A1C | | A1C | |
| | Fósforo | | Fósforo | | Fósforo | |
| | Chol | | Chol | | Chol | |
| | Transferrina | | Transferrina | | Transferrina | |
| | Glu | | Glu | | Glu | |
| Trig | | Trig | | Trig | | |
| Outro | | Outro | | Outro | | |
| Presença de úlcera de pressão/lesão; estado da pele | | | | | | |
| Tolerância de alimentação | | | | | | |
| Medicamentos/Interações pertinentes | | | | | | |
| Capacidade de engolir | | | | | | |
| Capacidade de regressar à receção oral | | | | | | |
| Plano de cuidados atualizado | | | | | | |

PLANOS DE CUIDADOS GLOBAL

| PLANO DE CUIDADOS CARDÍACOS | | | |
|-----------------------------|------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Diagnóstico Enfermaria | <input type="checkbox"/> | N/A |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | Alteração da perfusão dos tecidos |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | Débito cardíaco diminuído |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | Acesso ao volume de fluidos |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | Gestão do regime terapêutico, ineficaz |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | Défice de conhecimentos (especificar) |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | Outros (especificar) |
| <input type="checkbox"/> | Início | | |

| Resultados pretendidos | | Datas | |
|--------------------------|---|--------------------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> | Débito cardíaco adequado evidenciado pela redução dos sintomas e pelo regresso aos sinais vitais no espaço de dias | <input type="checkbox"/> | Data prevista: |
| | | <input type="checkbox"/> | Data de realização |
| <input type="checkbox"/> | Comportamento adequado do processo de cura e dos autocuidos | <input type="checkbox"/> | Data prevista: |
| | | <input type="checkbox"/> | Data de realização |
| <input type="checkbox"/> | Equilíbrio dos fluidos evidenciado pela diminuição do edema periférico e mantido em 3-4 dias. | <input type="checkbox"/> | Data prevista: |
| | | <input type="checkbox"/> | Data de realização |
| <input type="checkbox"/> | Medicamentos farmacológicos terapêuticos alcançados com o regime demonstrado através de punção venosa controlado dentro dos limites estabelecidos para o utente no prazo de objetivo: | <input type="checkbox"/> | Data prevista: |
| | | <input type="checkbox"/> | Data de realização |
| <input type="checkbox"/> | Melhoria do comportamento do utente na situação, evidenciada pela verbalização da capacidade de manutenção no prazo de 3 semanas. | <input type="checkbox"/> | Data prevista: |
| | | <input type="checkbox"/> | Data de realização |
| <input type="checkbox"/> | Outros (Especificar) | <input type="checkbox"/> | Data prevista: |
| | | <input type="checkbox"/> | Data de realização |
| <input type="checkbox"/> | Outros (Especificar) | <input type="checkbox"/> | Data prevista: |
| | | <input type="checkbox"/> | Data de realização |

| Intervenções qualificadas | | | |
|---------------------------|--|--------------------------|---|
| Ensinar/Instruir | | Observações, Avaliação | |
| <input type="checkbox"/> | Conservação de energia com atividade | <input type="checkbox"/> | Estratégias de enfrentamento/redução de problemas |
| <input type="checkbox"/> | Para controlar o peso | <input type="checkbox"/> | Sinais e sintomas anginais |
| <input type="checkbox"/> | Sinais e sintomas retenção de líquidos | <input type="checkbox"/> | Processo de doença sinais e sintomas |
| <input type="checkbox"/> | Disritmia sinais e sintomas | <input type="checkbox"/> | Gestão do stress |
| <input type="checkbox"/> | Dieta cardíaca | <input type="checkbox"/> | Complicações sinais e sintomas |
| <input type="checkbox"/> | Outros | <input type="checkbox"/> | Outros |
| <input type="checkbox"/> | Cuidados directos | <input type="checkbox"/> | Punção venosa |
| | | <input type="checkbox"/> | Outros |
| | | <input type="checkbox"/> | Referir-se a outras disciplinas |

REGISTROS DE CUIDADOS

INSTRUÇÕES: Registrar o código adequado para cada item na coluna da data correcta. Salvo indicação em contrário, consultar a seguinte chave de resposta: **S** = Sim, **N** = Não, **I** = Independente, **A** = Assistência, **D** = Dependente, **-** = Não aplicável. Anotar a documentação de cada dia e identifique as suas iniciais assinando (uma só vez) no verso, quando indicado. As notas e comentários adicionais também devem ser anotados no verso.

| Mês: Ano: | | 2ª F | | | 3ª F | | | 2ª F | | | 2ª F | | | 2ª F | | | SAB. | | | DOM. | | | |
|--------------------|--|----------|----|----|------|----|----|------|----|----|------|----|----|------|----|----|------|----|----|------|----|----|--|
| | | 1T | 2T | 3T | 1T | 2T | 3T | 1T | 2T | 3T | 1T | 2T | 3T | 1T | 2T | 3T | 1T | 2T | 3T | 1T | 2T | 3T | |
| ALIMENTAÇÃO | Pequeno Almoço / Almoço / Jantar | % Cor | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Lanche: Tomado/Recusado | T-D | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Autónomo /Assistência Alimentado | AU/AS/AL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Comeu em: Cama 1/Quarto 2/ Cadeira 2/ Cantina 1 | 4-3-2-1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Suplemento: Tomado/Recusado | S-N | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PELE | Banho: Chuveiro 5/Banheira 4/ Assento 3/ Parcial 2/ Cama 1 | 4-3-2-1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Cuidados com as unhas: Dedos das mãos e dos pés | S | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Pele: Clara/outras (comunicar "O" ao enfermeiro) | C-O | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | posicionado às [] hora | hora | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | posicionado às [] hora | hora | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | posicionado às [] hora | hora | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VESICAL | Incontinente | # Tempos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Fralda | S-N | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | substituída às [] hora | hora | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | substituída às [] hora | hora | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | substituída às [] hora | hora | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

SINAIS VITAIS E FLUXOGRAMA DE PESO

INSTRUÇÕES: Registrar a data e a hora de cada registo. Identificar o braço utilizado para a TA, a via para a temperatura e identificar o tipo de pulso. Traçar uma linha nos itens não medidos. Medir a altura, sem sapatos, na admissão e anualmente, registando em polegadas. Assinar cada registo. Registrar os comentários necessários.

PA: D = Direita, E = Esquerda **Temp:** T = Temporal, O = Oral, D = Rectal **Tipo de pulso:** A = Apical, D = Radial

| DATA/HORA | TEMP | PULSO | RESP | PESO | ALTURA | O2 Sat % | ASSINATURA/COMENTÁRIOS |
|-------------------------|------|-------|------|-------------------------|--------|----------|-----------------------------------|
| | D E | A D | | | | | |
| | D E | T O D | | | | | |
| | D E | T O D | A D | | | | |
| | D E | T O D | A D | | | | |
| | D E | T O D | A D | | | | |
| | D E | T O D | A D | | | | |
| | D E | T O D | A D | | | | |
| | D E | T O D | A D | | | | |
| | D E | T O D | A D | | | | |
| | D E | T O D | A D | | | | |
| | D E | T O D | A D | | | | |
| | D E | T O D | A D | | | | |
| | D E | T O D | A D | | | | |
| | D E | T O D | A D | | | | |
| | D E | T O D | A D | | | | |
| | D E | T O D | A D | | | | |
| | D E | T O D | A D | | | | |
| | D E | T O D | A D | | | | |
| Data de admissão | | | | Peso na admissão | | | Altura de admissão (cm) |

REGISTO DE ELIMINAÇÃO (TREINO DE CONTINENCIA)

| DATA: | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|-----------------|---------|------|--------------|---------|------|--------------|---------|------|--------------|---------|------|--------------|---------|------|--|
| DATA DE INÍCIO DO PROGRAMA: (S = SUPOSITÓRIO) | INCONTINENTE | ANULADA | BM/S | INCONTINENTE | ANULADA | BM/S | INCONTINENTE | ANULADA | BM/S | INCONTINENTE | ANULADA | BM/S | INCONTINENTE | ANULADA | BM/S | |
| | 7 am | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 am | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 am | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 am | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 am | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 am | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 pm | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 pm | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 pm | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 pm | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 pm | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 pm | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 pm | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 pm | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 pm | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 pm | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 pm | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 pm | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 am | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 am | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 am | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 am | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 am | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 am | | | | | | | | | | | | | | | | |
| INICIAIS | 1º Turno | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 2º Turno | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 3º Turno | | | | | | | | | | | | | | | |

REGISTO INDIVIDUAL DE MEDICAÇÃO

| DATA | | Nome do medicamento | Dose | Via | Assi. |
|------|----------|---------------------|------|---|-------|
| | AM PM | | | Oral <input type="checkbox"/> Intramuscular <input type="checkbox"/> Subcutânea <input type="checkbox"/> Intravenosa <input type="checkbox"/> Rectal <input type="checkbox"/> Sublingual <input type="checkbox"/> Transdérmico <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> | |
| | AM PM | | | Oral <input type="checkbox"/> Intramuscular <input type="checkbox"/> Subcutânea <input type="checkbox"/> Intravenosa <input type="checkbox"/> Rectal <input type="checkbox"/> Sublingual <input type="checkbox"/> Transdérmico <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> | |
| | AM PM | | | Oral <input type="checkbox"/> Intramuscular <input type="checkbox"/> Subcutânea <input type="checkbox"/> Intravenosa <input type="checkbox"/> Rectal <input type="checkbox"/> Sublingual <input type="checkbox"/> Transdérmico <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> | |
| | AM PM | | | Oral <input type="checkbox"/> Intramuscular <input type="checkbox"/> Subcutânea <input type="checkbox"/> Intravenosa <input type="checkbox"/> Rectal <input type="checkbox"/> Sublingual <input type="checkbox"/> Transdérmico <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> | |
| | AM PM | | | Oral <input type="checkbox"/> Intramuscular <input type="checkbox"/> Subcutânea <input type="checkbox"/> Intravenosa <input type="checkbox"/> Rectal <input type="checkbox"/> Sublingual <input type="checkbox"/> Transdérmico <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> | |
| | AM PM | | | Oral <input type="checkbox"/> Intramuscular <input type="checkbox"/> Subcutânea <input type="checkbox"/> Intravenosa <input type="checkbox"/> Rectal <input type="checkbox"/> Sublingual <input type="checkbox"/> Transdérmico <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> | |
| | AM PM | | | Oral <input type="checkbox"/> Intramuscular <input type="checkbox"/> Subcutânea <input type="checkbox"/> Intravenosa <input type="checkbox"/> Rectal <input type="checkbox"/> Sublingual <input type="checkbox"/> Transdérmico <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> | |
| | AM PM | | | Oral <input type="checkbox"/> Intramuscular <input type="checkbox"/> Subcutânea <input type="checkbox"/> Intravenosa <input type="checkbox"/> Rectal <input type="checkbox"/> Sublingual <input type="checkbox"/> Transdérmico <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> | |
| | AM PM | | | Oral <input type="checkbox"/> Intramuscular <input type="checkbox"/> Subcutânea <input type="checkbox"/> Intravenosa <input type="checkbox"/> Rectal <input type="checkbox"/> Sublingual <input type="checkbox"/> Transdérmico <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> | |
| | AM PM | | | Oral <input type="checkbox"/> Intramuscular <input type="checkbox"/> Subcutânea <input type="checkbox"/> Intravenosa <input type="checkbox"/> Rectal <input type="checkbox"/> Sublingual <input type="checkbox"/> Transdérmico <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> | |
| | AM PM | | | Oral <input type="checkbox"/> Intramuscular <input type="checkbox"/> Subcutânea <input type="checkbox"/> Intravenosa <input type="checkbox"/> Rectal <input type="checkbox"/> Sublingual <input type="checkbox"/> Transdérmico <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> | |
| | AM PM | | | Oral <input type="checkbox"/> Intramuscular <input type="checkbox"/> Subcutânea <input type="checkbox"/> Intravenosa <input type="checkbox"/> Rectal <input type="checkbox"/> Sublingual <input type="checkbox"/> Transdérmico <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> | |
| | AM PM | | | Oral <input type="checkbox"/> Intramuscular <input type="checkbox"/> Subcutânea <input type="checkbox"/> Intravenosa <input type="checkbox"/> Rectal <input type="checkbox"/> Sublingual <input type="checkbox"/> Transdérmico <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> | |
| | AM PM | | | Oral <input type="checkbox"/> Intramuscular <input type="checkbox"/> Subcutânea <input type="checkbox"/> Intravenosa <input type="checkbox"/> Rectal <input type="checkbox"/> Sublingual <input type="checkbox"/> Transdérmico <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> | |
| | AM PM | | | Oral <input type="checkbox"/> Intramuscular <input type="checkbox"/> Subcutânea <input type="checkbox"/> Intravenosa <input type="checkbox"/> Rectal <input type="checkbox"/> Sublingual <input type="checkbox"/> Transdérmico <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> | |
| | AM PM | | | Oral <input type="checkbox"/> Intramuscular <input type="checkbox"/> Subcutânea <input type="checkbox"/> Intravenosa <input type="checkbox"/> Rectal <input type="checkbox"/> Sublingual <input type="checkbox"/> Transdérmico <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> | |
| | AM PM | | | Oral <input type="checkbox"/> Intramuscular <input type="checkbox"/> Subcutânea <input type="checkbox"/> Intravenosa <input type="checkbox"/> Rectal <input type="checkbox"/> Sublingual <input type="checkbox"/> Transdérmico <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> | |
| | AM PM | | | Oral <input type="checkbox"/> Intramuscular <input type="checkbox"/> Subcutânea <input type="checkbox"/> Intravenosa <input type="checkbox"/> Rectal <input type="checkbox"/> Sublingual <input type="checkbox"/> Transdérmico <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> | |
| | AM PM | | | Oral <input type="checkbox"/> Intramuscular <input type="checkbox"/> Subcutânea <input type="checkbox"/> Intravenosa <input type="checkbox"/> Rectal <input type="checkbox"/> Sublingual <input type="checkbox"/> Transdérmico <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> | |
| | AM PM | | | Oral <input type="checkbox"/> Intramuscular <input type="checkbox"/> Subcutânea <input type="checkbox"/> Intravenosa <input type="checkbox"/> Rectal <input type="checkbox"/> Sublingual <input type="checkbox"/> Transdérmico <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> | |
| | AM PM | | | Oral <input type="checkbox"/> Intramuscular <input type="checkbox"/> Subcutânea <input type="checkbox"/> Intravenosa <input type="checkbox"/> Rectal <input type="checkbox"/> Sublingual <input type="checkbox"/> Transdérmico <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> | |
| | AM PM | | | Oral <input type="checkbox"/> Intramuscular <input type="checkbox"/> Subcutânea <input type="checkbox"/> Intravenosa <input type="checkbox"/> Rectal <input type="checkbox"/> Sublingual <input type="checkbox"/> Transdérmico <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> | |
| | AM PM | | | Oral <input type="checkbox"/> Intramuscular <input type="checkbox"/> Subcutânea <input type="checkbox"/> Intravenosa <input type="checkbox"/> Rectal <input type="checkbox"/> Sublingual <input type="checkbox"/> Transdérmico <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> | |
| | AM PM | | | Oral <input type="checkbox"/> Intramuscular <input type="checkbox"/> Subcutânea <input type="checkbox"/> Intravenosa <input type="checkbox"/> Rectal <input type="checkbox"/> Sublingual <input type="checkbox"/> Transdérmico <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> | |

Documentação
Tercios para a

BN BYBLOS
ATIVE®



9 789899 977044