

# Unidade de Tratamento da Dor e Medicina Paliativa – CHCB (H. Fundação)

Vinheta

## Motivo de admissão

Controlo sintomas

Terminal

Descanso

Admitido por:

## DADOS DE ADMISSÃO DO DOENTE

DATA DE ADMISSÃO : ___/___/___				PROVENIÊNCIA:	
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:			OUTRAS DOENÇAS RELEVANTES :		
METÁSTASES:			1.		
			2.		
			3.		
			4.		
MÉDICO ASSISTENTE:	RELIGIÃO:		LÍNGUA:		
	NECESSIDADES ESPIRITUAIS:		ESTADO CIVIL:		
FAMILIARES MAIS PRÓXIMOS/ 1ª INFORMAÇÃO DE ÓBITO		N.º DE TELEFONE		24H	
NOME :		EMPREGO:			
GRAU DE PARENTESCO:		CASA:			
MORADA:		TELEMÓVEL:			
NOME :		EMPREGO:			
GRAU DE PARENTESCO:		CASA:			
MORADA:		TELEMÓVEL:			

## Unidade de Tratamento da Dor e Medicina Paliativa – CHCB (H. Fundação)

Vinheta

### PLANO DE ALTAS

DATA DA ALTA:  ALTA PARA:	MÉDICO ASSISTENTE INFORMADO  TEL          CARTA  SERVIÇO DOMICILIÁRIO INFORMADO
INTERNAMENTO    /    /  DATA DA ALTA    /    / ALTA PARA:	MÉDICO ASSISTENTE INFORMADO  TEL          CARTA  SERVIÇO DOMICILIÁRIO INFORMADO
INTERNAMENTO    /    /  DATA DA ALTA:    /    / ALTA PARA:	MÉDICO ASSISTENTE INFORMADO  TEL          CARTA  SERVIÇO DOMICILIÁRIO INFORMADO

DATA E HORA DO FALECIMENTO: Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Hora: \_\_\_ h \_\_\_ m LOCAL :

FAMILIARES INFORMADOS:
CERTIDÃO DE ÓBITO N°:
CAUSA DA MORTE:
MÉDICO ASSISTENTE INFORMADO:  TEL          CARTA

### SERVIÇOS NOTIFICADOS DO FALECIMENTO

HOSPITAL	___ / ___ / ___
I P O	___ / ___ / ___
	___ / ___ / ___
	___ / ___ / ___

NÚMERO DE HOSPITALIZAÇÕES ATÉ AO FALECIMENTO	
DIAS/MESES DESDE O 1º INGRESSO ATÉ AO FALECIMENTO	D:                  M:

# Unidade de Tratamento da Dor e Medicina Paliativa – CHCB (H. Fundão)

Vinheta

## PRIMEIRA ADMISSÃO

### HISTÓRIA CLÍNICA

Data:

--

### DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

### HISTOLOGIA:

### OUTROS EXAMES:

### DOENÇA METÁSTÁTICA CONFIRMADA:

### DOENÇA METASTÁTICA SUSPEITA:

### INFORMAÇÃO SOBRE A DOENÇA:

### ALERGIAS:

### TRATAMENTO HABITUAL:

Médico:

### TRATAMENTOS/DATAS: (se conhecidas)

Data

Médico/ Hospital

<u>TRATAMENTOS/DATAS:</u> (se conhecidas)	<u>Data</u>	<u>Médico/ Hospital</u>
CIRURGIA	__/__/__	
QUIMIOTERAPIA	__/__/__	
RADIOTERAPIA(Locais)	__/__/__	
BLOQUEIOS NERVOSOS	__/__/__	
OUTROS	__/__/__	

## Unidade de Tratamento da Dor e Medicina Paliativa – CHCB (H. Fundão)

Vinheta

### SINTOMAS QUE MOTIVARAM O INTERNAMENTO:

---

---

---

---

---

---

---

---

### REVISÃO DE SINTOMAS/PROBLEMAS: ( Descrição, severidade dos sintomas e ordem de importância)

ASTENIA/DEBILIDADE	
APETITE/ANOREXIA	
DISFAGIA	
NAUSEA / VOMITOS	
MUCOSAS ÚLCERADAS/ BOCA SECA	
ALTERAÇÕES RESPIRATÓRIAS	
TOSSE	
OBSTIPAÇÃO/DIARREIA	
SINTOMAS URINÁRIOS	
MOBILIDADE/ QUEDAS	
TONTURAS / DESMAIOS	
PARALISIA DOS MEMBROS INF.	
SONOLÊNCIA/PROSTRAÇÃO	
CONFUSÃO / MEMÓRIA	
FALA	
SONO	
HUMOR	
VISÃO	
AUDIÇÃO	
PELE	
HEMORRAGIAS	
FEBRE	
OUTROS	

## Unidade de Tratamento da Dor e Medicina Paliativa – CHCB (H. Fundão)

Vinheta

### PRIMEIRA AVALIAÇÃO

ENFERMAGEM

Data:

APARÊNCIA/HIGIENE:	ESTADO MENTAL:
BOCA/PRÓTESES:	EDEMAS:
PELE/ÁREAS DE PRESSÃO:	FERIDAS / PENSOS:
RESPIRAÇÃO:	ESFÍNCTERES/CATÉTERES:
OUTRAS PRÓTESES OU AUXÍLIOS:	OUTROS COMENTÁRIOS:

EXAME MÉDICO:

Data:

Médico:

APARÊNCIA / ESTADO MENTAL :	PULSO:	CICLOS RESPIRATÓRIOS:
TONS CARDÍACOS:		TA: /
AUSCULTAÇÃO PULMONAR:		
ANEMIA:		
ÍCTERÍCIA:		
CIANOSE:		
HIDRATAÇÃO:		
BOCA:		
LINFADENOPATIAS:		
EDEMA:		
DOR EM REPOUSO:		
DOR EM MOVIMENTO:		
PACEMAKER?		
ÁREAS DE PRESSÃO:		
OSSOS /ARTICULAÇÕES:		
PELE:		
EXAME NEUROLÓGICO:		
SINAIS EXTERNOS DA NEOPLASIA:		

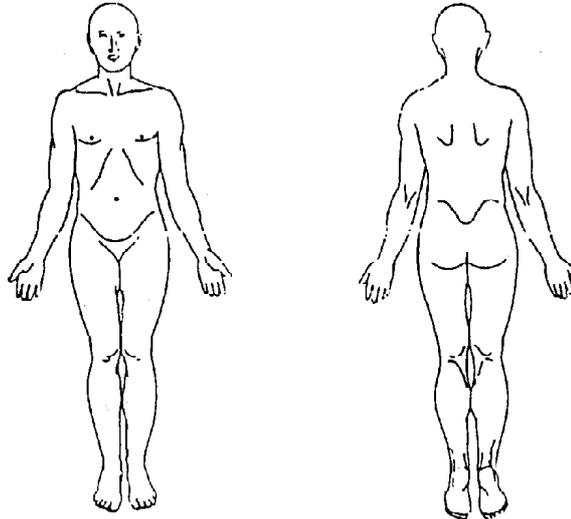
# Unidade de Tratamento da Dor e Medicina Paliativa – CHCB (H. Fundão)

Vinheta

PRIMEIRA AVALIAÇÃO \_\_\_\_\_

Data:

MAPA DA DOR:



	<u>INTENSIDADE</u> (0-10)	<u>CARACTER.</u>	<u>INÍCIO, DURAÇÃO,</u> <u>PERIODICIDADE</u>	<u>POSSÍVEL CAUSA</u>
DOR A				
DOR B				
DOR C				
DOR INCI- DEN- TAL				
DOR IRRU- PTIVA				

TRATAMENTO ACTUAL:

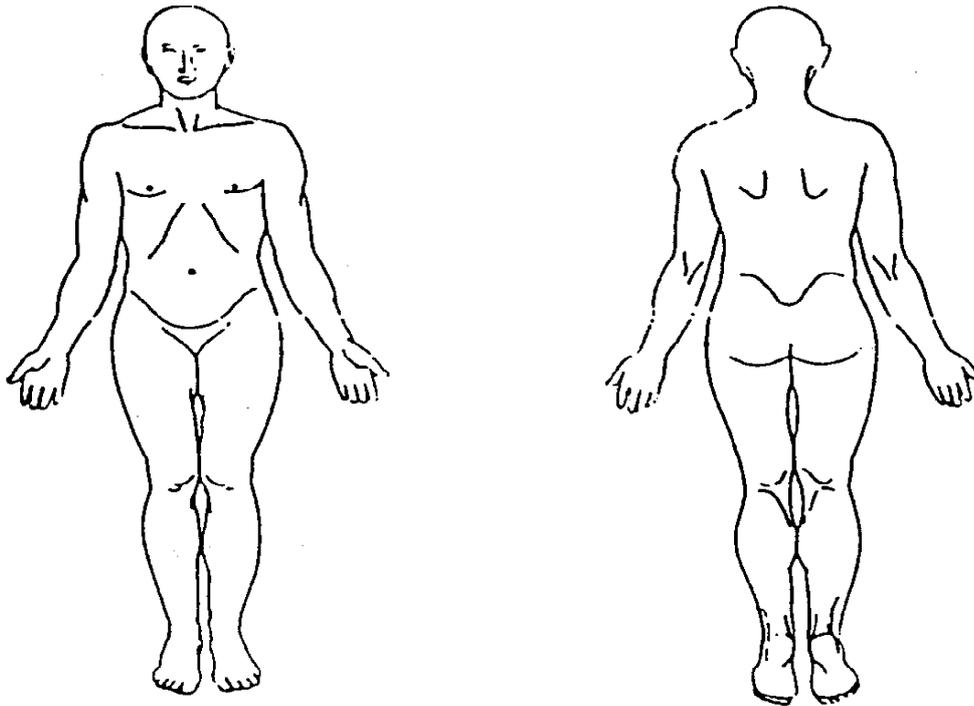
ESCALA ANALGÉSICA OMS: I II III

COMENTÁRIOS ADICIONAIS:

MAPA DE FERIDAS OU ÚLCERAS

Data:

\*\*\*\*



Nº ATRIBUÍDO	1	2	3	4
DIMENSÕES (mm)	___ x ___	___ x ___	___ x ___	___ x ___
GRAU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

GRAU I: Lesão cutânea superficial  
GRAU II: Atinge o tecido celular subcutâneo  
GRAU III: Atinge o plano muscular  
GRAU IV: Atinge o plano ósteo-articular

Data:

AVALIAÇÃO DE ACTIVIDADES FUNDAMENTAIS DE VIDA

1. SEGURANÇA RELATIVAMENTE AO AMBIENTE

Inclui a orientação no tempo e no espaço, história de quedas recentes, estado mental, humor, alergias, etc.

---

---

---

---

---

2. COMUNICAÇÃO

Compreensão da língua portuguesa, dificuldades na conversação, meios auxiliares

---

---

---

---

---

3. CONTROLO DA TEMPERATURA CORPORAL

Sinais de piroxia

---

---

---

---

---

4. RESPIRAÇÃO

Dificuldades na respiração, dispneia; outros factores que influenciem a respiração

---

---

---

---

---

## Unidade de Tratamento da Dor e Medicina Paliativa – CHCB (H. Fundão)

Vinheta

### 5. COMER E BEBER

Alterações recentes no apetite. Alimentação média diária

---

---

---

CATEGORIA	Score 1	Score 2	Score 3	SCORE
VOZ	Normal	Grossa ou Áspera	Dificuldade em falar	
DEGLUTIÇÃO	Normal	Alguma dor	Incapacidade	
LÁBIOS	Normal	Secos ou gretados	Ulcerados / Sangrantes	
LÍNGUA	Normal	Despapelada / Aspecto brilhante	Gretada / Bolhosa / Candidiase	
SALIVA	Normal		Ausente / Excessiva	
MUCOSAS	Normal	Descoradas / Ruborizadas Sem Ulceração	Ulceração com ou sem sangramento / Candidiase	
GENGIVAS	Normal	Edemaciadas com ou sem ruborização	Sangramento espontâneo	
DENTES / PRÓTESES	Normal	Placas ou detritos em áreas localizadas	Placas ou detritos generalizados	
			TOTAL	

### 6. EXCRETÓRIO

Qual é o padrão intestinal usual? Precisa de fraldas? Tem estoma? Algum problema do trânsito urinário? Catéteres?

---

---

---

---

—

## 7. HIGIENE PESSOAL E VESTUÁRIO

Preferências pessoais; alguma dependência?

---

---

---

---

## 8. MOBILIDADE

Grau de mobilidade

---

---

---

---

---

## ESCALA DE CAPACIDADE FUNCIONAL (KARNOFSKY)

	%
Sem queixas nem indícios de doença	100
Capaz de fazer uma actividade normal Sinais mínimos de doença	90
Aparição de sinais e sintomas de doença com o esforço	80
Cuida de si mesmo; incapaz de fazer uma actividade normal ou trabalhar	70
Por vezes precisa de ajuda, mas é capaz de cuidar das necessidades mais pessoais	60
Requer bastante ajuda e cuidados médicos frequentes	50
Inválido; requer atenção e ajuda médica especial	40
Gravemente incapacitado; tratamentos de suporte	20
Moribundo; processos mortais rapidamente progressivos	10
Morte	0

## Unidade de Tratamento da Dor e Medicina Paliativa – CHCB (H. Fundão)

### 9. TRABALHO E LAZER

“Hobbies”

---

---

---

---

### 10. SEXUALIDADE

---

---

---

---

### 11. SONO / CONFORTO

Padrão usual do sono, factores que afectam o sono

---

---

---

---

### 12. MORTE

Ideias acerca da doença grave e da morte (local de preferência para morrer, família, amigos, etc).

---

---

---

---

---

---

---

---

Vinheta

## Unidade de Tratamento da Dor e Medicina Paliativa – CHCB (H. Fundão)

DOENTE/FAMÍLIA / HISTÓRIA SOCIAL:
ESCOLARIDADE: PROFISSÃO: N.º DE MEMBROS DA UNIDADE FAMILIAR: POSIÇÃO QUE OCUPA – 1 / 2 / 3 / 4 / 5 N.º DE FILHOS: DE 0-14 ANOS _____ 15-21 ANOS _____ MAIORES DE 21 _____ LOCAL DE HABITAÇÃO: CIDADE _____ RURAL _____ NÍVEL ECONÓMICO*: 1 / 2 / 3 / 4 LUTO(S) DE RISCO ?:  * 1 – Mais baixo; a 4 – Mais elevado
CUIDADOR/ES PRIMÁRIO/S
N.º DE CUIDADORES: ESCOLARIDADE:
INFORMAÇÃO ADICIONAL:
HABITAÇÃO :