

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:

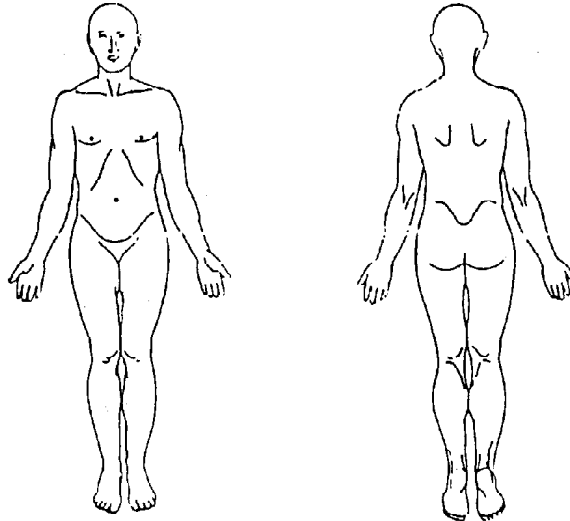
Médico:

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:		

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				

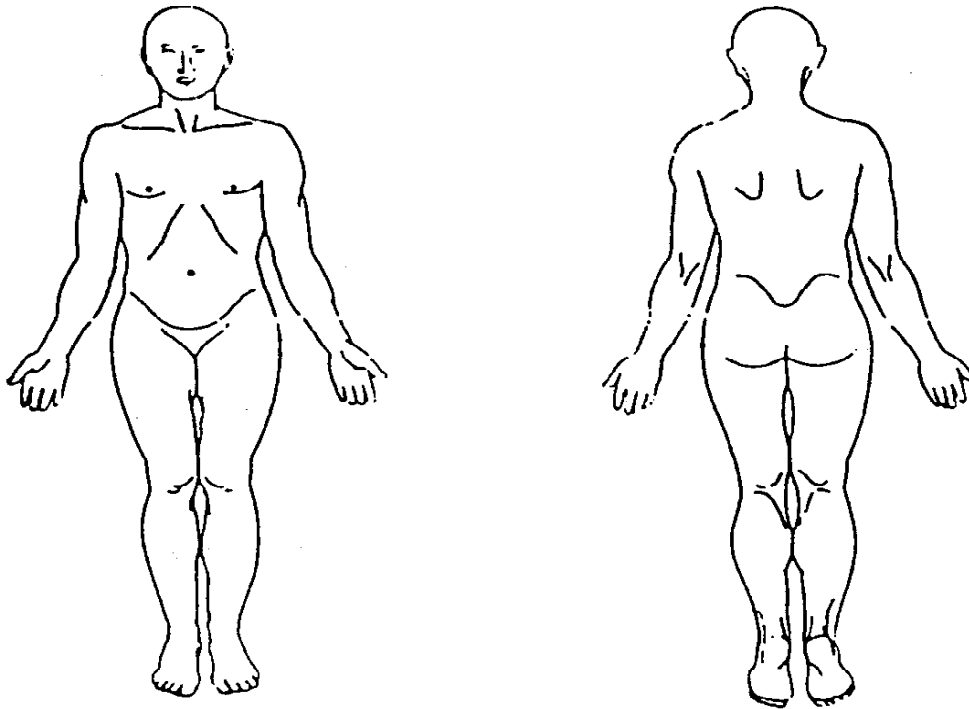
TRATAMENTO ACTUAL:

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

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. Fundação)

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 :