

PLANO DE CUIDADOS PARA A SAÚDE DA GESTANTE

**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**

**Estratificação de risco:**

Problemas identificados pela equipe (outros diagnósticos, complicações, fatores de risco modificáveis e não modificáveis, fatores de risco psicossociais, saúde bucal, outros problemas):

Problemas identificados pelo usuário:

**4. DADOS PARA AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO CLÍNICO**

Peso: kg	Altura: cm	IMC:	DUM:	DPP:	DPP - ECO:
PA	TAX °C	AU	ABO-RH		
PAS mmHg	PAD mmHg	BCF	Dor	ANTECEDENTES CLÍNICOS OBSTÉTRICOS:	
FC bpm	FR irpm	Glicemia	Tipo de gravidez:		
		Jejum: mg/dL	Pós prandial: mg/dL	Gravidez planejada:	

Caso os parâmetros estejam alterados, registrar possíveis causas (não utilização de medicamentos prescritos, jejum prolongado, outros):

EXAMES	DATA	RESULTADO
Sífilis (Teste rápido)		
VDRL		
HIV/Anti HIV		
Hepatite B - HBsAg		
Pesquisa de Anti-HBC IgG e IgM		
Toxoplasmose (IgG e IgM)		
Dosagem Hemoglobina		
Hematócrito		
Urina I (EAS)		
Urocultura		
Coombs indireto		
Ultrassonografia obstétrica		
USG morfológico		
USG com dopler		

**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)

**6. SUPLEMENTAÇÃO / MEDICAMENTOS**

Alergia medicamentosa:

SUPLEMENTO / MEDICAMENTO	DOSE	VIA	HORÁRIO	AQUISIÇÃO G / P *	ORIENTAÇÕES (armazenamento, administração, monitoramento com exames, outras):

**VACINAS**

	Situação	Data
Antitetânica / dTpa		
Hepatite B		
Influenza		
Outras		

\* 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:
-----	-------------------------	-----	-------------------------

**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