

PLANO DE CUIDADOS SAÚDE MENTAL

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 (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	Altura: cm	IMC:
PA (deitado)	TAX: °C	
PAS mmHg	PAD mmHg	Dor
FC bpm	FR irpm	

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)

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: _____
------------	-------------------------------	------------	-------------------------------

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
---	---