

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**

<b>APS</b>	Data: ___/___/___ Hora: _____	<b>AAE</b>	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
-----------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------