

PLANO DE CUIDADOS PARA A SAÚDE DAS CRIANÇAS

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome da criança:		
Data de nascimento:	Nº DNV:	Cartão SUS:
Endereço:	Município:	Prontuário:
Nome do responsável pela criança/parentesco:		Telefone:
UBS de origem:	ESF	
ACS (nome):	Apoio comunitário (nome)	Telefone:

2. AUTOCUIDADO

Letramento Funcional em SAÚDE (LFS) do responsável: () Inadequado () Limitado () Adequado	Suporte Familiar: () Suficiente () Insuficiente	Suporte Social: () Suficiente () Insuficiente
---	--	--

3. DADOS NASCIMENTO

Idade gestacional (sem):	Perímetro Cefálico:	Sexo:
Peso ao nascer:	Apgar 1º min:	Tipagem sanguínea:
Comprimento ao nascer:	Apgar 5º min:	Alimentação na alta:

4. TRIAGEM NEONATAL

	DATA	SITUAÇÃO/RESULTADO
Teste do pezinho		
Teste do coraçãozinho		
Teste da orelhinha		
Teste do olhinho		
Sinal de Ortolani		

5. 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 responsável da criança:

6. DADOS PARA AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO CLÍNICO

DATA: ___ / ___ / ___

Peso: _____ g	Comprimento _____ cm	IMC: _____ kg/m ²	Glicemia (se necessário):
FC _____ bpm	FR _____ irpm	Perímetro Cefálico:	Alimentação:
TAX _____ °C	PA: _____	Dor:	DNPM:

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

EXAMES	DATA	RESULTADO

--	--	--

7. PROBLEMAS E RECOMENDAÇÕES

PROBLEMA	OBJETIVOS	BARREIRAS / DIFICULDADES	PRIORIZAÇÃO *	RECOMENDAÇÕES

* Assinalar os problemas por ordem de prioridade: P1, P2, P3 (recomendável até 3 priorizações)

8. SUPLEMENTAÇÃO / MEDICAMENTOS

Alergia medicamentosa:

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

VACINAS

Data	Situação

* Aquisição gratuita (G) ou particular (P)

9. INTERVENÇÕES CURATIVAS E/OU PALIATIVAS (ações direcionadas a problemas específicos)

--

10. ENCAMINHAMENTOS E EXAMES

--

11. PROBLEMAS PRIORITÁRIOS E METAS

PROBLEMA	AÇÃO	META	GRAU (1 a 10) INTERESSE	GRAU (1 a 10) CONFIANÇA	APOIO NECESSÁRIO
P1					
P2					
P3					

12. ORIENTAÇÃO PARA SINAIS DE ALERTA

SITUAÇÃO	RECOMENDAÇÃO	SERVIÇO DE URGÊNCIA DE REFERÊNCIA	OBSERVAÇÕES

13. 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