

ETIQUETA DO PACIENTE

ORIENTAÇÃO DA NUTRIÇÃO

| | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Paciente com Nutrição Oral recebeu orientação nutricional |
| <input type="checkbox"/> | Paciente com Nutrição Enteral recebeu orientação nutricional |
| <input type="checkbox"/> | Paciente com Nutrição Enteral foi encaminhado ao CRE |

ORIENTAÇÃO DA FONOAUDIOLOGIA

| | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Paciente orientado e encaminhado para acompanhamento fonoterápico: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--|

ORIENTAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL

| | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Paciente orientado e encaminhado, de acordo com as demandas sociais |
| <input type="checkbox"/> | Paciente não necessita de encaminhamentos sociais |
| <input type="checkbox"/> | Medicação via Farmácia Cidadã: NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> Qual medicação: |
| <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | |

ORIENTAÇÃO DA FARMÁCIA

| | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Orientado quanto ao uso de anticoagulante oral, antimicrobianos e politerapia (> 5 drogas) |
| <input type="checkbox"/> | Realizada reconciliação medicamentosa |
| <input type="checkbox"/> | Paciente não apresenta necessidade de acompanhamento da farmácia clínica |

ORIENTAÇÃO DA ENFERMAGEM

| | |
|--|--|
| Tipo de precaução: | |
| Documentos entregue ao paciente: Receituário Médico Atestado <input type="checkbox"/> Resumo de Alta <input type="checkbox"/> Atestado <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> Impresso com orientações sobre riscos assistenciais: | |
| <input type="checkbox"/> Exames (Quais): | |
| <input type="checkbox"/> Laudos, Encaminhamentos e Outros: | |
| Retorno ao Ambulatório de Lesões Cutâneas dia: ____/____/____ às ____hs. | |
| Curativos: Ferida Cirúrgica <input type="checkbox"/> Ostomia <input type="checkbox"/> Lesão por pressão <input type="checkbox"/> outros <input type="checkbox"/> | |
| Quais: | |
| Alta com: | <input type="checkbox"/> SNE / realizado teste para confirmar localização na data da alta: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> SVD / data da passagem: |
| | <input type="checkbox"/> Drenos tipo: _____ Orientação: _____ |
| | <input type="checkbox"/> Outros _____ Orientação: _____ |

*Declaro que recebi as orientações acima, com as quais pude esclarecer totalmente dúvidas referentes ao meu tratamento.

Assinatura paciente/responsável: _____

Grau de parentesco: _____

Data da Alta Hospitalar: ____/____/____

Ass. Responsável pela entrega do checklist de alta