

	DOCUMENTOS DE GESTÃO DA QUALIDADE			Número do documento: HB-FR-97 Data de publicação: 28.11.2023 Número de revisão: 00 Data de revisão:... Número da página: 1/1	
	FORMULÁRIO DE EDUCAÇÃO DO PACIENTE PRÉ-TRATAMENTO				
NOME E SOBRENOME DO PACIENTE	:		DEPARTAMENTO	:	
PROTOCOLO NÃO	:		IDADE	:	
DATA	:		TREINADO	TREINAMENTO DADO	NÃO É DADO TREINAMENTO
<b>TÓPICO DE EDUCAÇÃO/INFORMAÇÃO</b>					
Educação sobre o curso e tratamento da doença.	Paciente <input type="checkbox"/>	Parente do paciente <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Medicamentos para uso e regras de uso.	Paciente <input type="checkbox"/>	Parente do paciente <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Equipamentos de cuidados e dispositivos médicos a serem usados pelo paciente	Paciente <input type="checkbox"/>	Parente do paciente <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
O autocuidado necessita de treinamento, como mobilização e excreção.	Paciente <input type="checkbox"/>	Parente do paciente <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Amamentação, Expressão e Armazenamento de Leite	Paciente <input type="checkbox"/>	Parente do paciente <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Exercícios	Paciente <input type="checkbox"/>	Parente do paciente <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nutrição e dieta para sua doença	Paciente <input type="checkbox"/>	Parente do paciente <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Assuntos a serem considerados pelo paciente durante as práticas assistenciais	Paciente <input type="checkbox"/>	Parente do paciente <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Higiene das mãos e prevenção de infecções	Paciente <input type="checkbox"/>	Parente do paciente <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Treinamento sobre recomendações para parar de fumar	Paciente <input type="checkbox"/>	Parente do paciente <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Treinamento de prevenção de quedas de pacientes	Paciente <input type="checkbox"/>	Parente do paciente <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Uso de Pulseira de Identificação	Paciente <input type="checkbox"/>	Parente do paciente <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Separação de lixo	Paciente <input type="checkbox"/>	Parente do paciente <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Uso de camas e móveis para pacientes	Paciente <input type="checkbox"/>	Parente do paciente <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>TREINADOR</b> Nome Sobrenome/Assinatura					
<b>INFORMAÇÃO</b>					
Horários do café da manhã, lanche e refeição.	Paciente <input type="checkbox"/>	Parente do paciente <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Opiniões, sugestões, reclamações e regras a serem seguidas pelo paciente e seus familiares	Paciente <input type="checkbox"/>	Parente do paciente <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Horário e regras de visitação (entre as 10h00 e as 22h00)	Paciente <input type="checkbox"/>	Parente do paciente <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Uso de telefone/televisão	Paciente <input type="checkbox"/>	Parente do paciente <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Uso de WC e Banheiro (Solicitação de toalha e shampoo)	Paciente <input type="checkbox"/>	Parente do paciente <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Usando o sistema de chamada de enfermeira	Paciente <input type="checkbox"/>	Parente do paciente <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
O uso e a importância do desinfetante para as mãos nos quartos dos pacientes	Paciente <input type="checkbox"/>	Parente do paciente <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Usando a geladeira	Paciente <input type="checkbox"/>	Parente do paciente <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Visitas diárias ao médico	Paciente <input type="checkbox"/>	Parente do paciente <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Usando o banco do passageiro	Paciente <input type="checkbox"/>	Parente do paciente <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Uso de ar condicionado	Paciente <input type="checkbox"/>	Parente do paciente <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Usando a internet	Paciente <input type="checkbox"/>	Parente do paciente <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cafeteria	Paciente <input type="checkbox"/>	Parente do paciente <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Direitos do paciente	Paciente <input type="checkbox"/>	Parente do paciente <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Plano de Emergência do Departamento	Paciente <input type="checkbox"/>	Parente do paciente <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vídeos informativos para pacientes e acompanhantes	Paciente <input type="checkbox"/>	Parente do paciente <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>TREINADOR</b> Nome Sobrenome / Assinatura	<b>Aprendiz</b> Nome Sobrenome / Assinatura				