

	DOCUMENTOS DE GESTÃO DA QUALIDADE		Número do documento: HB-FR-97	
	FORMULÁRIO DE EDUCAÇÃO DO PACIENTE PRÉ-TRATAMENTO		Data de publicação: 28.11.2023	
NOME E SOBRENOME DO PACIENTE :		DEPARTAMENTO :	Número de revisão: 00	
PROTOCOLO NÃO :		IDADE :	Data de revisão:..	
DATA :	TREINADO		TREINAMENTO DADO	NÃO É DADO TREINAMENTO
TÓPICO DE EDUCAÇÃO/INFORMAÇÃO				
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"/>
TREINADOR Nome Sobrenome/Assinatura				
INFORMAÇÃO				
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"/>
TREINADOR Nome Sobrenome / Assinatura		Aprendiz Nome Sobrenome / Assinatura		