



DOCUMENTOS DE GESTÃO DA QUALIDADE

RESUMO DE ALTA E FORMULÁRIO DE EDUCAÇÃO DO PACIENTE PÓS-TRATAMENTO

Número do documento: HB-FR-98
Data de publicação: 28.11.2023
Revisão nº: 00
Data da revisão:...
Número da página: 1/1

NOME E SOBRENOME DO PACIENTE: NÚMERO DO PROTOCOLO: SEÇÃO:

DATA DE ADMISSÃO : DATA/HORA DE ALTA :

PESSOA A TREINAR : PACIENTE FAMÍLIA DO PACIENTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO DO PACIENTE: **DIAGNÓSTICO:**

TRATAMENTO APLICADO: _____ **CONDICÃO GERAL:** _____

TABELA DE USO DE MEDICAMENTOS

Os medicamentos recebidos foram devolvidos

NUTRICIÓN

- Comida Normal Menos sal Sem sal

Comida Especial

Comida Proibida

TREINAMENTO A SER REALIZADO APÓS O TRATAMENTO

- | | | |
|---|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Critérios de alta | <input type="checkbox"/> | Exercícios |
| <input type="checkbox"/> Doação de órgãos | <input type="checkbox"/> | Higiene das mãos |
| <input type="checkbox"/> Práticas seguras de uso de medicamentos | <input type="checkbox"/> | Mobilização |
| <input type="checkbox"/> Deixar de fumar | <input type="checkbox"/> | Cuidados pós-alta |
| <input type="checkbox"/> Cuidados/higiene do bebê | <input type="checkbox"/> | Uso de equipamentos e dispositivos médicos |
| <input type="checkbox"/> Leite materno exclusivo e amamentação durante os primeiros 6 meses | <input type="checkbox"/> | Para a amamentação e cuidados com o bebé, pode ligar para a nossa Linha de Amamentação e Apoio à Amamentação.....ou contactar o seu Médico de Família |

ATENDER ÀS NECESSIDADES DE AUTOCUIDADO

| | | | |
|------------------------|---|----------------------------------|---|
| Frequência de bandagem | : | Tratamento de feridas | : |
| Tomar um banho | : | Dirigindo | : |
| Subindo escadas | : | Vida sexual | : |
| Duração do relatório | : | Consulta de controle, data, hora | : |
| Outro | : | | |
| Principais resultados | : | | |

FATORES A CONSIDERAR

- 1- Se a temperatura corporal na axila ultrapassar 38,5c
 - 2- Se tiver queixas como náuseas, vômitos, aumento do inchaço abdominal, fraqueza nos braços e pernas, problemas de fala ou qualquer outra queixa que o faça sentir-se diferente do normal.
 - 3- Se houver sangramento, corrimento, inchaço ou vermelhidão no local da cirurgia ou ferida,
 - 4- Se houver dor que não responda aos analgésicos,
 - 5- Se houver dificuldade para urinar, dor ou urina de cor escura,

6- Se sentir inchaço repentino na língua ou lábios ou dificuldade em respirar

Número de telefone que você pode contatar quando necessário: 0282-726-05-55 Número do ramal:

PACIENTE:

BAIXADO POR:

PACIENTE:

NAME & SURNAMES

Nome e Ss