SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SORRISO-MT

Relatório de Visita Domiciliar
Checklist

Departamento Assistência Farmacêutica SORRISO

1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome completo:	
Data de nascimento:_____/_____/_____	CNS:

2. CONDIÇÕES CLÍNICAS DO PACIENTE

1. Qual a doença de base do paciente?	*CID:*_____
2. Há quanto tempo tem a doença?	
3. Quais as condições de saúde do paciente?	( ) Crítico ( ) Estável ( ) Melhora
4. O paciente faz uso de medicações para doença pulmonar ou cardíaca?	( ) SIM ( ) NÃO
5. O paciente apresentou alguma piora do quadro respiratório necessitando de atendimento médico?	( ) SIM ( ) NÃO
6. Aumentou o consumo de oxigênio? 6.1 Se sim, quanto? _____	( ) SIM ( ) NÃO
7. O paciente apresenta algum sintoma clínico ou queixas? ( ) Tosse ( ) Dispnéia ( ) Cianose ( ) Alteração do sono 7.1 Se sim, qual (is)? ( ) Chiado no peito ( ) Dor torácica ( ) Outros: _____	( ) SIM ( ) NÃO
8. O paciente é tabagista?	( ) SIM ( ) NÃO
9. Alguém que reside na mesma casa é fumante?	( ) SIM ( ) NÃO
10. Possui data para a próxima consulta com o pneumologista ou outro especialista?	( ) SIM ( ) NÃO

3. USO DO EQUIPAMENTO

1. O paciente usa regularmente oxigênio? 1.1 Se sim, quantas horas por dia?	( ) SIM ( ) NÃO _____horas/dia
2. Faz uso de quantos litros por minuto?	_____L/min
3. A família apresenta alguma dificuldade no manuseio do equipamento?	( ) SIM ( ) NÃO
4. Possui oxímetro?	( ) SIM ( ) NÃO
5. Aumentou o consumo de oxigênio? 5.1 Se sim, quanto?	( ) SIM ( ) NÃO _____horas/dia _____L/min
6. O paciente solicitou o serviço de recarga de oxigênio e higienização no referido mês? 6.1 Se sim, quanto? _____	( ) SIM ( ) NÃO
7. O equipamento fornecido está em bom estado, aparentemente?	( ) SIM ( ) NÃO

4. DIFICULDADES RELATADAS PELO PACIENTE/FAMILIAR

Relato da Equipe de Saúde:

5. REGISTRO DE VISITA

Data da Visita: _____/_____/_____

Telefone da Equipe de Saúde:

_____
Assinatura do paciente ou cuidador

_____
Assinatura e carimbo da Equipe de Saúde que realizou a vista