

Nome do Paciente _____
 Leito: _____; Nº Prontuário: _____
 Idade: _____ Sexo: () M () F
 Data de Internação: ____/____/____
 CID: _____



**OSS/SPDM – Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina
 Hospital Psico-Neuro-Clínico Cantareira**

AValiação MULTIDISCIPLINAR DE RISCOS ASSISTENCIAIS - Psiquiatria

RISCO DE QUEDA Escala de Avaliação de Risco de Queda - John Hopkins - JP - FRAT						CONDUTA	Horário
Selecione uma das situações a seguir, se aplicável.							
Caso alguma das situações esteja presente, desconsidere o restante da escala e considere a categoria de risco (baixo ou alto)							
() Paralisia completa ou imobilização completa (condição clínica de paralisia ou completa, exceto por usos de contenção/restrrição). Implemente intervenções básicas de segurança (baixo risco de queda).						() Manter grades elevadas	
() Paciente com história de duas ou mais quedas nos 6 meses anteriores à admissão. Implemente intervenções de alto risco de queda durante todo o período de internação.							
() Paciente apresentou uma queda durante a internação atual. Implemente intervenções para alto risco de queda durante todo o período.							
() Paciente é considerado de alto risco de queda de acordo com protocolos específicos(ex.: risco de sangramento, fragilidade óssea, procedimento cirúrgicos há menos de 48 horas). Implemente intervenções para alto risco de queda, de acordo com o protocolo.						() Comunicar Enfermeiro/Equipe Médica se houver agitação	
Complete a sequência e calcule o escore de risco de queda. Se nenhuma opção for marcada, o escore da categoria é 0.							
Idade (selecione apenas uma opção):	pontos	Uso de medicamentos de alto risco de quedas: opioides, anti convulsionantes, anti-hipertensivos, diuréticos, hipnóticos, laxantes, sedativos e psicotrópicos (apenas uma opção):	pontos	Cognição: (múltipla seleção, escolha todas as opções aplicáveis e some os pontos):	pontos	() Deambular/ Levantar do leito com auxílio.	
() 60 - 69 anos (1 ponto)		() Em uso de um medicamento de alto risco de queda (3 pontos).		() Percepções alteradas do ambiente físico desconhecido (1 ponto)			
() 70 - 79 anos (2 pontos)		() Em uso de dois ou mais medicamentos de alto risco de queda (5 pontos)		() Impulsividade (comportamento imprevisível ou arriscado) (2 pontos)		() Oferecer comadre/papagaio para diurese	
() 80 anos e mais (3 pontos)		() Procedimento sob sedação nas últimas 24 horas (7 pontos)		() Falta de entendimento de suas limitações físicas e cognitivas(4 pontos)			
Histórico de Queda:		Equipamentos assistenciais: qualquer equipamento que comprometa a mobilidade do paciente (ex.: sondas, drenos, cateteres, compressores pneumáticos e outros).		Mobilidade: (múltipla seleção, escolha todas as opções aplicáveis e some os pontos):		() Orientar paciente quanto ao risco e a chamar ajuda sempre que necessitar.	
() Uma queda nos 6 meses anteriores à admissão		() Um equipamento (1 ponto).		() Necessita de auxílio ou supervisão para mobilização, transferência ou deambulação (2 pontos)		() Utilizar contenção S.N em membros conforme protocolo	
Eliminações: intestinais e urinárias (selecione apenas uma opção):		() Dois equipamentos (dois pontos)					
() Incontinência (2 pontos)				() Marcha instável (2 pontos).			
() Urgência ou aumento da frequência (2 pontos)		() Três ou mais equipamentos (3 pontos)		SOMATÓRIA		() Encaminhar para banho/toilete com auxílio e permanecer junto	
() Urgência/aumento da frequência e incontinência (4 pontos)							
0 A 5 - SEM RISCO PARA QUEDA ()		06 A 13- MODERADO RISCO () = 7		> 13- ALTO RISCO ()			
PERFIL DE PACIENTE PARA FLEBITE						CONDUTA	Horário
Considerar risco se 1 ou mais critérios forem assinalados:						() Realizar troca de curativo em acesso venoso _____ com _____	
						() Proteger _____ durante o banho	
() Múltiplas punções	() Inserção de acesso em emergência	Risco na admissão: Sim () Não ()		() Questionar diariamente a necessidade do dispositivo intravenoso			
() Infusão EV > 90 ml/h	() Infusão de solução hipertônica			() Seguir rigorosamente tempo de infusão das drogas			
() Fragilidade Capilar	() Infusão de KCL	Risco para flebite: Sim () Não ()		() Verificar a cada administração: via, dose, horário, paciente e medicação certa			
() Esclerose Venosa Grave	() Infusão antibióticos			() Observar dosagem máxima recomendada			
() Idade > 65 anos				() Trocar acesso venoso periférico em ____/____/____			
RISCO PARA SUICÍDIO						CONDUTA	Horário
Critérios/Pontos	1	2	3	4			
1. Comunicação	() Plano suicida verbalizado (conhecimento e acesso a método)	() Pensamento/Suicida/déia	() Pensamento e/ou discurso sobre morte/falta de perspectivas para o futuro/desesperança	() Não apresenta alterações do Estado Mental que predisponham ao suicídio.	() Questionar paciente diariamente acerca de ideias de planos suicídio		
					() Monitorar uso de barbeador/depilador e material de atividade		
2. Antecedentes Suicidas	() Tentativa com alto grau de letalidade	() Tentativa recente < 1 ano	() Tentativa ao longo da vida / Historia familiar de suicídio	() Nunca tentou	() Aumentar vigilância durante passagem de plantão		
3. Estado Mental	() Vozes de comando para o suicídio	() Delírio persecutório	() Tristeza/Mudança de humor súbita (tristeza-euforia)	() Não fala de morte	() Realizar contenção se necessário/protocolo		
4. Padrão Comportamental	() Reações de impulsividade com baixa tolerância a frustração	() Hostilidade/Violência Agressividade	() Retração/Isolamento/Apatia	() Adequado ao contexto	() Aumentar vigilância durante passagem de plantão, refeições, banho e fim de semana		

5. Fatores predisponentes precipitantes	() História de abusos (sexual/físicos/emocional)	() Perdas (afetivas/econômicas) recentes ou significativas / Sem suporte familiar e rede social	() Doença grave recém diagnosticada, incapacitante, dolorosa e crônica/transtornos do humor/uso de substâncias/personalidade/esquizofrenia	() Sem correlatos	() Observar ingestão de medicamentos, evitando que o paciente acumule medicação		
() Alto Risco (5 a 10 pontos)		() Risco Moderado (11 a 15 pontos) =		() Baixo Risco (16 a 19 pontos)	() Sem Risco (20 pontos)	Risco confirmado pelo Psiquiatra em:	
RISCO PARA FUGA / EVASÃO							
1	2		3	CONDUTA		Horário	
() Falta de crítica do quadro atual / pouca ou nenhuma noção da doença	() Internação involuntária ou compulsória		() Comportamento atual: tentativas de fuga; comportamento sugestivo de fuga (força porta de entrada, observa a entrada e saída de funcionários, procura rotas de fuga, quer ir embora com a família após a visita, etc).	() ALTO RISCO (acima de 5 pontos)	() Manter vigilância constante devido ao risco de fuga		
				() RISCO MODERADO (1 A 4 PONTOS)	() Observar rigorosamente sinais de ansiedade e desconfiança		
() Solicitante para resolver problemas pessoais externos (receber aposentadoria, assinar documentos, etc.)	() Risco para falta de adesão ao tratamento (vide avaliação de risco abaixo)		() solicita insistentemente por alta hospitalar.	() SEM RISCO (nenhum item)	() Discutir com o paciente as vantagens e desvantagens de cada alternativa		
RISCO DE VIOLÊNCIA DIRECIONADA A OUTROS							
Critérios/Pontos	1	2		3	CONDUTA		Horário
1. Antecedente	() Sem correlatos	() Faz ameaças de morte, agressão, gritos, xingamentos		() Praticou violência contra o ambiente ou objetos (vandalismo, bater porta, rasgar roupas, etc); praticou ato violento contra pessoas/ animais: história forense (homicídio, furto, roubo, etc)	() Desencorajar comportamento inadequado de heteroagressão		
					() Observar atentamente comportamento		
					() Determinar expectativas comportamentais para expressão de raiva		
					() Retirar objetos que representem perigo		
2. Estado Mental	() Sem correlatos	() Prejuízos neurológicos/prejuízos cognitivos; confusão; desorientação (espaço/tempo/pessoa)		() Delírium; intoxicação ou abstinência de substâncias psicoativas, humor irritável; alucinações de comando; delírio persecutório	() Realizar contenção mecânica, se necessário		
3. Comportamento Atual	() Adequado ao contexto	() Reações de impulsividade; baixa tolerância á frustração; não aceita limites; contato hostil; recusa medicamentos, procedimentos e cuidados		() Internação involuntária; praticando violência contra o ambiente, bater porta, chutar móveis, jogar objetos); postura de ameaça, falar alto, enfrentar, xingar, cerrar punho	() Estabelecer limite de espaço		
() Sem Risco (3 pontos) =		() Risco Moderado (4a 6 pontos)		() Alto Risco (7 a 9 pontos)			
RISCO DE VIOLÊNCIA DIRECIONADA A SI MESMO							
Critérios/Pontos	1	2		3	CONDUTA		Horário
1. Antecedente	() Sem correlatos	() Ameaçou praticar violência a si mesmo ou automutilação (cortar, arranhar, furar, golpear, esfolar, cutucar,engolir/inserir objetos, queimar, morder, etc)		() Praticou violência a si mesmo ou automutilação	() Retirar objetos que representem perigo		
					() Encorajar buscar equipe quando tensão		
					() Estabelecer limite de espaço		
					() Observar mudança brusca de humor		
2. Comportamento e estado mental	() Adequado ao contexto	() Reações de impulsividade; baixa tolerância a frustração; transtorno de Personalidade, Transtorno Alimentar; distúrbio de imagem corporal		() Ameaça praticar violência a si mesmo (c/ ou s/ comportamento manipulador); estado psicótico (alucinações de comando e/ou conteúdo delirante relacionado a parte do corpo)	() Realizar contenção física se necessário		
() Sem Risco (2 Pontos)		() Risco (3 a 4 pontos)		() Alto Risco (5 a 6 pontos)			

DATA	MANTÉM OS MESMOS RISCOS?		ASSINATURA	DATA	MANTÉM OS MESMOS RISCOS?		ASSINATURA	A AVALIAÇÃO DE RISCO DEVERÁ SER NOVAMENTE REALIZADA APÓS 7 DIAS INDEPENDENTE DAS CONDIÇÕES MANTIDAS PELO PACIENTE PSIQUIÁTRICO
	SIM ()	NÃO (), FAZER NOVA AVALIAÇÃO			SIM ()	NÃO (), FAZER NOVA AVALIAÇÃO		
DATA	MANTÉM OS MESMOS RISCOS?			DATA	MANTÉM OS MESMOS RISCOS?			
	SIM ()	NÃO (), FAZER NOVA AVALIAÇÃO			SIM ()	NÃO (), FAZER NOVA AVALIAÇÃO		
DATA	MANTÉM OS MESMOS RISCOS?			DATA	MANTÉM OS MESMOS RISCOS?			
	SIM ()	NÃO (), FAZER NOVA AVALIAÇÃO			SIM ()	NÃO (), FAZER NOVA AVALIAÇÃO		
DATA	MANTÉM OS MESMOS RISCOS?							
	SIM ()	NÃO (), FAZER NOVA AVALIAÇÃO						