



INSTITUTO WALFREDO GUEDES PEREIRA

CHECK LISTA DA ALTA HOSPITALAR		
<b>Paciente:</b>		<b>Idade:</b>
<b>Sector:</b>		<b>Prontuário:</b>
<b>Data da Internação:</b>		<b>Data provável da alta segura:</b>
<b>Diagnostico:</b>		
<b>Estado clínico</b>		
<input type="checkbox"/> Reversão dos fatores que motivaram a internação	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
<input type="checkbox"/> Condição médica adequada para a alta?		
<input type="checkbox"/> Afebril > 24 horas	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
<input type="checkbox"/> Estável hemodinamicamente	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
<input type="checkbox"/> Padrão respiratório adequado	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
<input type="checkbox"/> Nível de consciência adequado	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
<input type="checkbox"/> Eliminações fisiológicas normais	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
<input type="checkbox"/> Dieta preservada	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
<input type="checkbox"/> Ferida operatória sem sinais de complicações	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
<input type="checkbox"/> O local de cuidados pós-alta oferece condições p/ continuidade tto/reabilitação	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
<b>Exames complementares</b>		
<input type="checkbox"/> Recebeu informação sobre exames alterados	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
<input type="checkbox"/> Exames realizados entregues ao paciente	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
<input type="checkbox"/> Orientado em relação a resultados pendentes e como proceder	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
<b>Educação quanto a sua doença</b>		
<input type="checkbox"/> Sabe seu diagnóstico de alta e implicações da sua doença	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
<input type="checkbox"/> Orientado quanto a terapia da sua doença e reconciliação medicamentosa (receita médica)	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
<input type="checkbox"/> Ciente das limitações e restrições pós-alta	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
<input type="checkbox"/> Orientado quanto aos sintomas de piora e quando procurar seu médico	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
Condições de Alta Hospitalar Segura	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
<b>Questionário paciente – Planejamento alta hospitalar</b>		
1	O Sr. foi informado a respeito da data da alta?	S ( ) N ( )
2	Foi informado o horário de saída do hospital?	S ( ) N ( )
3	O Sr. irá para casa com quem? R: _____	
4	Quem virá buscá-lo, sabe do horário da alta?	S ( ) N ( )
5	Foi acordado com o Sr. sobre as atividades do dia da alta banho/procedimentos?	S ( ) N ( )
6	Foi informado sobre o horário do café da manhã ?	S ( ) N ( )
7	O Sr. foi orientado a respeito dos cuidados, limitações ou restrições que deverá ter no pós alta?	S ( ) N ( )
8	O Sr. foi orientado em quais sintomas ou sinais o Sr. deve procurar o seu médico?	S ( ) N ( )
9	O Sr. necessitará de algum dispositivo em casa ( muleta, cadeira, oxigênio)?	S ( ) N ( )
10	Estes dispositivos já estão em casa?	S ( ) N ( )
11	Das afirmações abaixo escolha a que mais se aplica: ( ) 1- Não recebi informações. ( ) 2- Recebi poucas informações e me sinto pouco seguro. ( ) 3- Recebi algumas informações e me sinto parcialmente seguro. ( ) 4- Recebi informações suficientes e me sinto seguro. ( ) 5- Recebi as informações e me sinto extremamente seguro a dar continuidade ao meu tratamento em casa	

Enfermeiro: \_\_\_\_\_ Coren-PB: \_\_\_\_\_