|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **CHECK LISTA DA ALTA HOSPITALAR** | | | | |
| **Paciente: Idade:** | | | | |
| **Setor: Prontuário:** | | | | |
| **Data da Internação: Data provável da alta segura:** | | | | |
| **Diagnostico:** | | | | |
| **Estado clínico** | | | | |
| * Reversão dos fatores que motivaram a internação | | ( ) sim ( ) não | | |
| * Condição médica adequada para a alta?   + Afebril > 24 horas   + Estável hemodinamicamente   + Padrão respiratório adequado   + Nivel de consciência adequado   + Eliminações fisiológicas normais   + Dieta preservada   + Ferida operatória sem sinais de complicações | | ( ) sim ( ) não  ( ) sim ( ) não  ( ) sim ( ) não  ( ) sim ( ) não  ( ) sim ( ) não  ( ) sim ( ) não  ( ) sim ( ) não | | |
| * O local de cuidados pós-alta oferece condições p/ continuidade tto/reabilitação | | ( ) sim ( ) não | | |
| **Exames complementares** | | | | |
| * Recebeu informação sobre exames alterados | | ( ) sim ( ) não | | |
| * Exames realizados entregues ao paciente | | ( ) sim ( ) não | | |
| * Orientado em relação a resultados pendentes e como proceder | | ( ) sim ( ) não | | |
| **Educação quanto a sua doença** | | | | |
| * Sabe seu diagnóstico de alta e implicações da sua doença | | ( ) sim ( ) não | | |
| * Orientado quanto a terapia da sua doença e reconciliação medicamentosa (receita médica) | | ( ) sim ( ) não | | |
| * Ciente das limitações e restrições pós-alta | | ( ) sim ( ) não | | |
| * Orientado quanto aos sintomas de piora e quando procurar seu médico | | ( ) sim ( ) não | | |
| Condições de Alta Hospitalar Segura | | | ( ) sim ( ) não | |
| **Questionário paciente – Planejamento alta hospitalar** | | | | |
| 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_