ANEXO

ANEXO 1

INSTRUMENTO PARA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DA ENFERMAGEM (SAE)

Atenção!

Esta proposta de Roteiro para Consulta requer avaliação para adaptação à realidade local e ao contexto dos atores envolvidos, pois não se trata de mais um documento a ser impresso e preenchido de forma desarticulada e, neste caso, só da enfermagem. Nossa sugestão é que as informações coletadas na consulta de enfermagem sejam registradas no prontuário do paciente/família, para acesso pelo usuário e por todos os profissionais envolvidos no seu cuidado.

Durante a consulta é importante valorizar a escuta e a construção do cuidado de forma compartilhada com o usuário, oportunizando a significação do processo e garantindo a autonomia, de forma que não sejamos apenas executores de protocolos e prescritores alheios às singularidades à complexidade do processo saúde-doença. Para consolidar a proposta de trabalho do SUS às Equipes de Atenção Básica/Atenção Primária à Saúde e Saúde da Família, precisamos atuar de forma a extrapolar os limites dos diagnósticos de patologias e considerar as necessidades reais para agir com integralidade e resolubilidade, responsabilizando-nos pelo cuidado, o que exige também trabalho em equipe com interdisciplinaridade e intersetorialidade.

1. ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Identificação (possivelmente já contidas no prontuário):
Número da Família / Prontuário: _____
Nome:_____
Como prefere ser chamado: _____
Endereço: _____
Sexo: ( )Masculino ( )Feminino Data de Nasc.:____/____/_____ Idade:_____
Lugar de Nascimento:_____
Raça e nacionalidade:_____

Se for criança, descrever informações sobre os pais/responsáveis e família: _____

_____

Quando adolescente/adulto/idoso, descrever informações sobre família, círculo social, cuidadores, etc.: _____

_____

Queixas – levantamento de problemas e necessidades referidas:

_____

_____

_____

_____

Diagnósticos e História da Doença Atual (HDA):

_____

_____

_____

_____

Medicações em uso:

_____

_____

_____

_____

Histórico pessoal e antecedentes familiares de saúde – doença:

_____

_____

_____

_____

Condições de vida e moradia:

Hábitos/trabalho/lazer/atividade física/sono e repouso:

Fatores de risco (por exemplo: tabagismo, etilismo, obesidade, medicações imunossupressoras, isolamento social, etc.):

Sexualidade e questões relacionadas ao sistema genital:

Outras considerações importantes:

Exame físico:

Sinais Vitais	
Temperatura: _____	Altura (m): _____
Frequência Respiratória: _____	Peso (kg): _____
Frequência do Pulso: _____	IMC: _____
Pressão Arterial: _____	
Quando criança:	
Perímetro Cefálico (PC): _____	Perímetro Torácico (PT): _____

Aspectos Gerais:

_____

_____

_____

Comportamento durante o exame:

_____

_____

_____

Pele:

_____

_____

_____

Cabeça:

_____

_____

_____

Face:

Olhos:

Nariz:

Boca:

Garganta:

Ouvidos:

Pescoço:

Tórax:

Pulmões:

Coração:

Abdômen:

Genitália:

Extremidades:

_____
_____
_____

Coluna e dorso:

_____
_____
_____

Exames laboratoriais, diagnóstico por imagem e outros:

_____
_____
_____

Levantamentos de problemas:

Data da Identificação	PROBLEMAS

2. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

3. PLANEJAMENTO - Prescrição de Enfermagem / Plano de Cuidados

DATA	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	HORÁRIO		
		M	T	N

4. IMPLEMENTAÇÃO – Acompanhamento pela equipe / Interação para construção do processo de cuidado

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

5. AVALIAÇÃO (Manutenção ou mudança de conduta, conforme necessidades)

DATA	EVOLUÇÃO

Observações: