|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| planser | | | **PLANO TERAPÊUTICO TRATAMENTO DE FERIDAS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Identificação do Prestador** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Prestador: Telefone: E-mail:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Identificação do Médico Assistente e Enfermeiro Especialista** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nome do Médico: CREMEB:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nome do Enfermeiro: COREN:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Dados do Beneficiário** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nome: Data Nasc**.: / / | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Modalidade de Internação:** ( ) Hospitalar ( ) Ambulatorial ( ) Domiciliar  **Isolamento**: ( ) Não ( ) Sim Tipo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Deambula: ( ) Sim ( ) Não | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Idade:** | | | | **Sexo:** | | | | | **Peso:** | | **Altura:** | | | | | | | | **Data de Admissão**.: / / | | | |
| 1. **Histórico do Paciente** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Diagnóstico(s) de base**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Doenças Sistêmicas Associadas**: ( ) Hipertensão ( ) Vasculopatia ( ) Neoplasias ( ) Cardiopatia ( ) Diabetes ( ) Pneumonia ( ) Alergias ( ) Outras Quais: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Etiologia da Ferida**: ( ) Lesão por Pressão ( ) Úlcera Venosa ( ) Úlcera Arterial ( ) Úlcera Mista ( ) Úlcera Diabética ( ) Queimadura ( ) Trauma ( ) Deiscência ( ) Mediastinite ( ) Abdome Aberto ( ) Outros \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Tempo da Ferida**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Tratamento Atual**: ( ) Câmara Hiperbárica ( ) Cobertura Especiais  **Tipos de Coberturas**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Tempo de Uso**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Frequência de Troca**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Infecção**: ( ) Sim ( ) Não ( ) Microorganismo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Incontinência**: ( ) Urinária ( ) Fecal | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **5. Avaliação e Evolução da Ferida** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data de avaliação: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Localização: | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | |  | | | |  |
| **Características e Leito de Ferida** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| Comprimento (cm) | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | |  | | | |  |
| Largura (cm) | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | |  | | | |  |
| Profundidade (cm) | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | |  | | | |  |
| Descolamento (Sim/Não) | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | |  | | | |  |
| Tecido de Granulação (Sim/Não) | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | |  | | | |  |
| Tecido de Esfacelo (Sim/Não) | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | |  | | | |  |
| Tecido de Fibrina (Sim/Não) | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | |  | | | |  |
| Tecido Necrótico (Sim/Não) | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | |  | | | |  |
| Exposição Tendão/Vaso/Osso (Sim/Não) | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | |  | | | |  |
| **Exsudato / Odor** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tipo de Exsudato | ( ) Sanguinolento  ( ) Serossanguinolento  ( ) Seroso  ( ) Purulento | | | | | | ( ) Sanguinolento  ( ) Serossanguinolento  ( ) Seroso  ( ) Purulento | | | | | ( ) Sanguinolento  ( ) Serossanguinolento  ( ) Seroso  ( ) Purulento | | | | ( ) Sanguinolento  ( ) Serossanguinolento  ( ) Seroso  ( ) Purulento | | | | ( ) Sanguinolento  ( ) Serossanguinolento  ( ) Seroso  ( ) Purulento | | |
| Volume do Exsudato | | ( ) Pequena  ( ) Moderada  ( ) Grande | | | | | ( ) Pequena  ( ) Moderada  ( ) Grande | | | | | ( ) Pequena  ( ) Moderada  ( ) Grande | | | | ( ) Pequena  ( ) Moderada  ( ) Grande | | | | ( ) Pequena  ( ) Moderada  ( ) Grande | | |
| Odor (Sim/Não) | |  | | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |  | | |
| **Margens da Ferida/Borda** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| Cor | | ( ) Rosa  ( ) Vermelha brilhante  ( ) Cinza  ( ) Hiperpigmentada | | | | ( ) Rosa  ( ) Vermelha brilhante  ( ) Cinza  ( ) Hiperpigmentada | | | | | | ( ) Rosa  ( ) Vermelha brilhante  ( ) Cinza  ( ) Hiperpigmentada | | | | ( ) Rosa  ( ) Vermelha brilhante  ( ) Cinza  ( ) Hiperpigmentada | | | | ( ) Rosa  ( ) Vermelha brilhante  ( ) Cinza  ( ) Hiperpigmentada | | |
| Edema (S/N) | |  | | | |  | | | | | |  | | | |  | | | |  | | |
| Maceração (S/N) | |  | | | |  | | | | | |  | | | |  | | | |  | | |
| Bordas (Regular/  Irregular) | |  | | | |  | | | | | |  | | | |  | | | |  | | |
| 1. **Plano Terapêutico para utilização da Atual Cobertura Especial** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Previsão Instalação: | | | | | | | | | | | | | | Previsão Término: | | | | | | | | |
| Justificativa para solicitação: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Cobertura Primária** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Produto | | | | | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |  | |
| Tamanho | | | | | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |  | |
| Quantidade | | | | | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |  | |
| Período de troca | | | | | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |  | |
| **Cobertura Secundária** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Produto | | | | | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |  | |
| Tamanho | | | | | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |  | |
| Quantidade | | | | | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |  | |
| Período de troca | | | | | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |  | |
| **Desbridamento** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Instrumental (S/N) | | | | | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |  | |
| Cirúrgico (S/N) | | | | | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |  | |
| **6. Informações complementares** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **7. Registro Fotográfico** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Anexar no sistema TOP Saúde** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Ressaltamos que para realização do registro fotográfico o prestador deverá aplicar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido ao beneficiário ou ao seu responsável legal.

A avaliação do estado geral do paciente, a classificação da ferida e a indicação terapêutica ficam sob a responsabilidade do médico assistente e do enfermeiro especialista, por isso é obrigatório a assinatura e o carimbo destes profissionais neste Plano Terapêutico.

|  |  |
| --- | --- |
| Local e Data: | Assinatura e carimbo do Médico assistente: |
| Local e Data: | Assinatura e Carimbo do Enfermeiro Especialista: |