|  |  |
| --- | --- |
| 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: |