|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| planser | **PLANO TERAPÊUTICO FERIDAS - EVOLUÇÃO**  **TERAPIA POR PRESSÃO NEGATIVA - TPN** | | | | | | | | | | | | |
| 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.: / / | | | | | | | | | | | | | |
| **Unidade de Internamento Atual:** ( ) Unidade Aberta ( ) Unidade Fechada  **Isolamento**: ( ) Não ( ) Sim Tipo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Deambula: ( ) Sim ( ) Não | | | | | | | | | | | | | |
| Idade: | | Sexo | | Peso | | | | | Altura | | Data de Admissão.: / / | | |
| **4. Avaliação e Evolução da Ferida** | | | | | | | | | | | | | |
| Data 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 |
| Volume do Exsudato | | | ( ) 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 |
| Edema (S/N) | | |  | | |  | | | |  | | |  |
| Maceração (S/N) | | |  | | |  | | | |  | | |  |
| Bordas (Regular/Irregular) | | |  | | |  | | | |  | | |  |
| **5.Plano Terapêutico para utilização dão sistema de Terapia Pressão Negativa - TPN** | | | | | | | | | | | | | |
| Previsão Início: | | | | | | | | Previsão Término: | | | | | |
| Justificativa para solicitação da TPN: | | | | | | | | | | | | | |
| **Terapia Por Pressão Negativa – Primeira Troca** | | | | | | | | | | | | | |
| Localização da lesão | | |  | | | |  | | | | |  | |
| Data de troca | | |  | | | |  | | | | |  | |
| Esponja (P,M e G) | | |  | | | |  | | | | |  | |
| Esponja c/ Prata (P,M e G) | | |  | | | |  | | | | |  | |
| Reservatório (P,M e G) | | |  | | | |  | | | | |  | |
| Volume drenado/semana (ml) | | |  | | | |  | | | | |  | |
| **Terapia Por Pressão Negativa – Segunda Troca** | | | | | | | | | | | | | |
| Localização da lesão | | |  | | | |  | | | | |  | |
| Data de troca | | |  | | | |  | | | | |  | |
| Esponja (P,M e G) | | |  | | | |  | | | | |  | |
| Esponja c/ Prata (P,M e G) | | |  | | | |  | | | | |  | |
| Reservatório (P,M e G) | | |  | | | |  | | | | |  | |
| Volume drenado/semana (ml) | | |  | | | |  | | | | |  | |
| **Terapia Por Pressão Negativa – Terceira Troca** | | | | | | | | | | | | | |
| Localização da lesão | | |  | | | |  | | | | |  | |
| Data de troca | | |  | | | |  | | | | |  | |
| Esponja (P,M e G) | | |  | | | |  | | | | |  | |
| Esponja c/ Prata (P,M e G) | | |  | | | |  | | | | |  | |
| Reservatório (P,M e G) | | |  | | | |  | | | | |  | |
| Volume drenado/semana (ml) | | |  | | | |  | | | | |  | |
| **Terapia Por Pressão Negativa – Quarta Troca** | | | | | | | | | | | | | |
| Localização da lesão | | |  | | | |  | | | | |  | |
| Data de troca | | |  | | | |  | | | | |  | |
| Esponja (P,M e G) | | |  | | | |  | | | | |  | |
| Esponja c/ Prata (P,M e G) | | |  | | | |  | | | | |  | |
| Reservatório (P,M e G) | | |  | | | |  | | | | |  | |
| Volume drenado/semana (ml) | | |  | | | |  | | | | |  | |
| **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: |