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