

COMPARTILHAMENTO DO CUIDADO DO AME PARA APS

IDENTIFICAÇÃO

Nome do usuário: _____ Data de nascimento: / / _____
Prontuário: _____ CPF do usuário: _____
UBSF municipal: _____ UBS Indígena: _____
Município: _____ : _____ Agente Comunitário de Saúde: _____
Telefone de contato: _____ Apoio Familiar (nome e telefone) _____
Capacidade para autocuidado: () Inadequado () Limitado () Adequado

QUEIXA PRINCIPAL

ALTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS

Medicação em uso	Dose	Via	Horário	Prescrito por/Data	Suspenso por/Data

CONDUTA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE ALTO RISCO

(Enfermeira(o) obstetra, Médico obstetra, Assistente Social, Psicólogo(a), Nutricionista, Fisioterapeuta)

Data: _____

Data: _____

Data: _____

Data: _____

Data: _____

INTERCONSULTAS COM MÉDICOS ESPECIALISTAS (Endocrinologista, Cardiologista, Neurologista, Psiquiatra, Outros)

Data: _____

Data: _____

Data: _____

EXAMES COMPLEMENTARES (Exames laboratoriais, Ultrassonografia morfológica, Ultrassonografia com Doppler, Cardiotocografia)

Data:	Data:
_____	_____
Data:	Data:
_____	_____

NECESSIDADE DE LAQUEADURA

Não () Sim () Motivo: _____

INTERCORRÊNCIAS

Internação hospitalar? Não () Sim () : _____

Qual hospital: _____

Motivo _____

PARTO (Preenchimento obrigatório pelo hospital)

Unidade hospitalar de referência: _____

Idade gestacional (semanas): _____

Início trab. parto:

Espontâneo Induzido Cesárea sem trab. de parto

Terminação:

Espontâneo Cesárea Forcêps/vácuo Outros

Parto:

Episiotomia Laceração Dequit. Espont Placenta compl. Método contraceptivo pós parto

Medicação no parto: Não () Sim () Qual? _____

PUERPÉRIO (Preenchimento obrigatório pela unidade de saúde de referência)

Data da consulta puerperal na APS: _____

Data da consulta pediátrica no AME: _____

Data do planejamento familiar na APS: _____

Intercorrências: Não () Sim () Qual? _____

Método contraceptivo: Não () Sim () Qual? _____

COMPLEMENTO DO AUTOCUIDADO APOIADO DO AME PARA APS

OBJETIVOS

AÇÃO	FREQUÊNCIA	ONDE?	COMO?	COM QUEM?	RECURSOS	GRAU DE CONFIANÇA

AÇÃO	MONITORAMENTO				
	SEMANA 1	SEMANA 2	SEMANA 3	SEMANA 4	SEMANA 5

Eu, _____, me comprometo a participar das atividades pactuadas como protagonista no gerenciamento do meu cuidado, de modo que possa contar com o apoio da equipe de saúde para alcance das metas, procurando realizá-las e contribuindo para mudança de comportamento tendo em vista a incorporação de hábitos saudáveis de vida.

Data: ___/___/___ Assinatura: _____

Observação: Como processo de internalização das pactuações apresentadas, a contratualização da pessoa usuária em seu Plano de Autocuidado Apoiado se faz necessária para que, simbolicamente, o compromisso com todas as atividades sistematizadas seja registrado. O usuário possuirá uma via do Plano de Autocuidado Apoiado e outra via ficará em posse do profissional responsável pelo caso, compartilhado com o Agente Comunitário de Saúde de referência.