

## 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


MONITORAMENTO

AÇÃO

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.*