

## PLANO DE CUIDADOS APS

### 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome do usuário: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: / / \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Nome da mãe: \_\_\_\_\_ Agente Comunitário de Saúde: \_\_\_\_\_ Tipo de transporte: ( ) Público ( ) Próprio

UBS de referência: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_

UBS indígena de referência: \_\_\_\_\_ Profissional gestor do caso: \_\_\_\_\_

Risco familiar: \_\_\_\_\_ Contato de emergência: \_\_\_\_\_  
(conforme estratificação de risco) (nome e telefone)

### 2. AUTOCUIDADO

Letramento Funcional em Saúde (LFS): ( ) Inadequado ( ) Limitado ( ) Adequado

Adesão Terapêutica: ( ) Pouco aderente – intencional ( ) Pouco aderente - não intencional ( ) Aderente

Capacidade de Autocuidado: ( ) Suficiente ( ) Regular ( ) Média ( ) Boa ( ) Ótima ( ) Insuficiente

### 3. LISTA DE PROBLEMAS

Problemas identificados pela equipe (condição crônica de saúde e estratificação de risco, outros diagnósticos, complicações, fatores de risco modificáveis e não modificáveis, fatores de risco psicossociais, outros problemas):

nº	Data da Identificação	Data da Resolução
1	/ /	/ /
2	/ /	/ /
3	/ /	/ /
4	/ /	/ /

Problemas identificados como prioridade pelo usuário: Inserir o número do problema sinalizado na lista acima

### 4. RESUMO - MEDICAÇÕES

Nome	Dose	Posologia	Início	Obs.	Término

### 5. PLANO DE CUIDADO - ABORDAGEM INTEGRADA EM EQUIPE

1 \_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_

3 \_\_\_\_\_

4 \_\_\_\_\_

5 \_\_\_\_\_

6 \_\_\_\_\_

7 \_\_\_\_\_

**AUTOCUIDADO APOIADO (GERENCIADO PELO PROFISSIONAL GESTOR DO CASO)**

**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.*