



Governo do Estado de Mato Grosso
SES – Secretaria de Estado de Saúde
Secretaria Adjunta de Atenção e Vigilância em Saúde
Superintendência de Atenção à Saúde
Coordenadoria da Atenção Primária

PLANO DE CUIDADO INTEGRADO

NOME DA UBS: _____ DATA: ____/____/____

Referencia da UBS: _____

Telefone: _____ Município: _____

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome do paciente:

Cartao SUS:

Data de Nascimento:

Nome da mãe:

Município destino:

Unidade de Saude Pré ou Hospitalar:

ATENÇÃO: Segurança do paciente: preencher todos os campos e nao abreviar nome do paciente e da mãe

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PARA A ATENÇÃO PRÉ E HOSPITALAR

2. ALERGIAS PRÉ EXISTENTES (especificar):

3. HISTÓRIA DE SAÚDE PREGRESSA

- | | |
|---|--|
| ☐ Idoso | ☐ Doença hematológica |
| ☐ Gestante | ☐ Transtornos neurológicos e do desenvolvimento |
| ☐ Puérpera | ☐ Doença mental grave |
| ☐ Crianças | ☐ Pessoa Imunocomprometida |
| ☐ Tabagista e/ou com história | ☐ Maior 19 anos de idade em uso prolongado de AAS |
| ☐ Hipertensão arterial sistêmica baixo | ☐ Doença cromossômica com estado de fragilidade imunológica |
| ☐ Miocardiopatia | ☐ Pessoa em ILPI, abrigo, comunidade terapêutica |
| ☐ Doença cardíaca congênita | ☐ Pessoas em situação de rua |
| ☐ Diabetes mellitus | ☐ Indígena aldeado ou com dificuldade de acesso |
| ☐ Obesidade (IMC > 30) | ☐ Quilombola |
| ☐ Doença renal crônica | ☐ População privada de liberdade |
| ☐ Diálise | ☐ Outras (especificar): _____ |
| ☐ Doença pulmonar grave | |
| ☐ Tuberculose | |
| ☐ Hanseníase | |



Governo do Estado de Mato Grosso
SES – Secretaria de Estado de Saúde
Secretaria Adjunta de Atenção e Vigilância em Saúde
Superintendência de Atenção à Saúde
Coordenadoria da Atenção Primária

3.1 Estratificação de risco da condição crônica:

- () Risco habitual/ baixo () Risco médio/ intermediário () Risco alto/ muito alto
() Robusto () Risco de fragilização () Frágil

3.2 Estabilidade clínica/ metabólica/ funcional:

- () Sim () Não

4. DADOS DO ATENDIMENTO

4.1 SINAIS E SINTOMAS/ DATA DO INÍCIO

- | | | | |
|---------------------------------------|-------------------|--------------------------------|-------------------|
| () Febre $\geq 37,8^{\circ}\text{C}$ |/...../..... | () Dor no peito |/...../..... |
| () Tosse |/...../..... | () Hemoptise |/...../..... |
| () Dispneia |/...../..... | () Diarréia |/...../..... |
| () Mialgia |/...../..... | () Náusea/vômito |/...../..... |
| () Anorexia |/...../..... | () Dor abdominal |/...../..... |
| () Produção de escarro |/...../..... | () Congestão conjuntival |/...../..... |
| () Dor de garganta |/...../..... | () Anosmia súbita ou hiposmia |/...../..... |
| () Confusão |/...../..... | () Disgeusia |/...../..... |
| () Tonturas |/...../..... | () Outros: _____ | |
| () Dor de cabeça |/...../..... | | |

4.2 SINAIS VITAIS

Temperatura: _____

Pulso: _____

Frequência respiratória: _____

Pressão arterial: _____ x _____

Saturação de SpO2 <95% em ar ambiente: _____

Frequência cardíaca: _____

5. DIAGNÓSTICOS MULTIPROFISSIONAL E CONDIÇÕES CLÍNICAS ASSOCIADAS

1.

2.

3.

4.

6. DADOS DO ATENDIMENTO



Governo do Estado de Mato Grosso
SES – Secretaria de Estado de Saúde
Secretaria Adjunta de Atenção e Vigilância em Saúde
Superintendência de Atenção à Saúde
Coordenadoria da Atenção Primária

6.1 Exame realizado

- () Glicemia capilar: _____
() RT-PCR
() Sorologia para Covid-19
() Teste rápido para Covid-19
() Hemograma
() Outros: _____

6.2 MEDICAMENTOS DE USO CONTINUO

Horario	Medicamentos	Dose	Via	Observação

6.3. MEDICAMENTOS/TERAPIA/PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Horario	Medicamento/terapia/procedimento	Dose	Via	Observação
---------	----------------------------------	------	-----	------------

7. INFORMAÇÕES ADICIONAIS RELEVANTES PARA O CUIDADO INTEGRADO



Governo do Estado de Mato Grosso
SES – Secretaria de Estado de Saúde
Secretaria Adjunta de Atenção e Vigilância em Saúde
Superintendência de Atenção à Saúde
Coordenadoria da Atenção Primária

Assinatura/Carimbo: