

SAE no Cuidado à Puérpera em Alojamento Conjunto

Data: / / Hora: : [] admissão [] PO DIH:

| | | | |
|---|---|---------------------------------------|--|
| NOME: _____ | | Data de Nascimento: __/__/____ | |
| Estado civil: _____ | | Escolaridade: _____ | |
| Profissão/ocupação: _____ | | Raça: _____ | |
| Tipo de parto: () PPN () POC () Fórceps. Data do parto: ____/____/____ Hora do parto: ____:____h | | | |
| G: ____ P: ____ A: ____ IG: ____ HD: ____ Admissão com acompanhante de livre escolha: () sim () não | | | |
| Nº de filho vivos: ____ Nº de consultas no pré-natal: ____ Internação do RN: ____ | | | |
| Venóclise: Tipo: _____ () MSD () MSE. Sinais flogísticos: () Sim () Não - Alergias: _____ | | | |
| Patologias: _____ Queixas: () Sim () Não Qual: _____ | | | |
| NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS: | | | |
| OXIGENAÇÃO E CIRCULAÇÃO | Respiração: () Eupneica () Taquipneica () Dispneica () Bradipneica AP: () MV () RA: _____ Batimentos cardíacos: () Normocárdica () Bradicárdica () Taquicárdica Pressão Arterial: () Normotensa () Hipertensa () Hipotensa | | |
| HIDRATAÇÃO E NUTRIÇÃO | Aceita dieta oferecida - () Total () Parcialmente () Não aceita () Zero até: ____h Abdome: () Normotenso e flácido () Globoso () Distendido () Doloroso | | |
| ELIMINAÇÃO | Diurese: () Espontânea () CVD () CVA Características: _____ Evacuações: () Presente () Ausente Nº/dias: _____ | | |
| SONO E REPOUSO | Sono e repouso: () Satisfatório () Insatisfatório | | |
| MOTILIDADE E LOCOMOÇÃO: | Membros inferiores: () Sem alterações () Edema (___/++++) () Varizes () Deambulante Sinal de Homans: () Presente () Ausente | | |
| CUIDADO CORPORAL | Higiene: () Preservada () Alterada | | |
| INTEGRIDADE CUTÂNEO-MUCOSA | Pele e Mucosa: () Corada () Hipocorada () Ictérica () Outros: _____ Incisão cirúrgica: () curativo oclusivo () limpa e seca () com sinais flogísticos: _____ Períneo: () Íntegro () Laceração () Episiorrafia () Edema () Hematoma | | |
| REGULAÇÃO NEUROLÓGICA | Nível de consciência: () Lúcida () Orientada () Desorientada/confusa () Sonolenta () Outros: _____ | | |
| SEXUALIDADE E REPRODUÇÃO | Mamas: () Flácidas () Túrgidas () Ingurgitadas () outros: Mamilos: () Protusos () Semi-protusos () Planos () Invertidos () Íntegros () Fissura Colostro à expressão: () Presente () Ausente () Diminuído Amamentação: () Satisfatória () Dificuldades: () Pega () Sucção () Ordenha manual - motivo: _____ Útero: () Contraído () Atonia () Hipotonia Involução Uterina: () acima da CU ____cm () à altura da CU () abaixo da CU Lóquios: () Fisiológicos () Aumentados () fétido | | |
| DADOS VITAIS E CONTROLES: SSVV: T: ____°C FC: ____bpm R: ____irpm PA: ____mmHg | | | |
| HGT: ____mg/dL Peso: ____g Altura: ____cm SpO2: ____% | | | |
| EXAMES ALTERADOS: _____ Sífilis: _____ TS: mãe: _____ RN: _____ | | | |

| NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS E PSICOESPIRITUAIS | |
|---|---|
| SEGURANÇA EMOCIONAL | () alterações de humor () crises de choro () emotividade exacerbada () insegurança () irritabilidade () tristeza () alegria () medo () ansiedade |
| AMOR E ACEITAÇÃO | () carência afetiva () desinteresse pelo RN - Apoio familiar: () sim () não Acompanhante () sim () não Parentesco: _____ |
| APRENDIZAGEM E EDUCAÇÃO EM SAÚDE | () Dúvidas sobre o autocuidado () Dificuldade em compreender o regime terapêutico () Dúvidas sobre o período pós-parto () Dúvidas sobre aleitamento materno () Dificuldades na ordenha de leite materno () Dúvidas/dificuldades nos cuidados com o RN |
| COMUNICAÇÃO E GREGÁRIA | () boa interação familiar () conflito familiar () isolamento () recebe visitas () gravidez desejada () gravidez indesejada |
| AUTOESTIMA E AUTOCONFIANÇA | Percepção sobre a imagem corporal: () satisfeita () insatisfeita Autoconfiança como mãe: () satisfeita () insatisfeita |
| RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE | Religião: _____ Necessita de auxílio espiritual? () sim () não |

| PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM | | |
|--|---|---|
| Diagnósticos de Enfermagem | Intervenções de Enfermagem | Avaliação |
| <input type="checkbox"/> Volume de líquidos deficiente | <input type="checkbox"/> Monitorar o estado de hidratação, conforme apropriado; <input type="checkbox"/> Oferecer líquidos, conforme apropriado; <input type="checkbox"/> Monitorar os sinais vitais; <input type="checkbox"/> Administrar terapia IV, conforme prescrição. | <input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Piorado <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> Resolvido |
| <input type="checkbox"/> Disposição para amamentação melhorada | <input type="checkbox"/> Informar sobre as vantagens e as desvantagens do aleitamento materno; <input type="checkbox"/> Fornecer orientações sobre a amamentação; <input type="checkbox"/> Monitorar e estimular amamentação sob livre demanda; <input type="checkbox"/> Avaliar o padrão de sucção/deglutição do recém-nascido. | <input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Piorado <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> Resolvido |
| <input type="checkbox"/> Privação de sono <input type="checkbox"/> Padrão do sono prejudicado | <input type="checkbox"/> Evitar interrupções desnecessárias e permitir períodos de descanso; <input type="checkbox"/> Criar um ambiente calmo e de apoio; <input type="checkbox"/> Proporcionar um ambiente seguro e limpo. | <input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Piorado <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> Resolvido |
| <input type="checkbox"/> Conforto prejudicado | <input type="checkbox"/> Descrever as razões para o relaxamento e seus benefícios; <input type="checkbox"/> Criar um ambiente calmo e sem interrupções, com temperatura confortável, sempre que possível; <input type="checkbox"/> Otimizar tempo de internação. | <input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Piorado <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> Resolvido |
| <input type="checkbox"/> Integridade da pele prejudicada | <input type="checkbox"/> Monitorar a integridade da pele dos mamilos; <input type="checkbox"/> Orientar sobre o cuidado dos mamilos, inclusive como evitar fissuras; <input type="checkbox"/> Aplicação de compressa de gelo na região perineal; | <input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Piorado <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> Resolvido |

| | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Risco de infecção | <input type="checkbox"/> Examinar o local da incisão quanto a hiperemia, edema ou sinais de deiscência; <input type="checkbox"/> Realizar curativo mantendo rigor asséptico; <input type="checkbox"/> Aplicar curativo apropriado para proteger a incisão. | <input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Piorado <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> Resolvido |
| <input type="checkbox"/> Risco de sangramento | <input type="checkbox"/> Monitorar PA e FC; <input type="checkbox"/> Avaliar tônus uterino; <input type="checkbox"/> Precauções: controle medicamentoso (uterotônico padrão); <input type="checkbox"/> Orientar esvaziamento vesical; <input type="checkbox"/> Avaliar características dos lóquios. | <input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Piorado <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> Resolvido |
| <input type="checkbox"/> Risco de choque | <input type="checkbox"/> Determinar risco para HPP: BAIXO { } MÉDIO { } ALTO { }; <input type="checkbox"/> Avaliar e estimar perda sanguínea: _____ ml; <input type="checkbox"/> Determinar Índice de Choque (IC=FC/PAS): _____; | <input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Piorado <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> Resolvido |
| <input type="checkbox"/> Dor aguda | <input type="checkbox"/> Realizar uma avaliação completa da dor, incluindo local, características, início/duração, frequência, intensidade e fatores precipitadores; <input type="checkbox"/> Oferecer alívio da dor mediante a analgesia prescrita; <input type="checkbox"/> Aplicar técnicas não farmacológicas para alívio da dor. | <input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Piorado <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> Resolvido |
| <input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Medo | <input type="checkbox"/> Usar abordagem calma e tranquilizadora; <input type="checkbox"/> Observar sinais verbais e não verbais de ansiedade; <input type="checkbox"/> Encorajar a expressão de sentimentos, percepções e medos; <input type="checkbox"/> Escutar o paciente com atenção; <input type="checkbox"/> Explicar todos os procedimentos; <input type="checkbox"/> Oferecer informações reais sobre diagnóstico, tratamento e prognóstico. | <input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Piorado <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> Resolvido |
| <input type="checkbox"/> Disposição para processo perinatólógico melhorado <input type="checkbox"/> Processo perinatólógico ineficaz | <input type="checkbox"/> Discutir os sentimentos que a mãe possa ter em relação ao bebê; <input type="checkbox"/> Demonstrar confiança na capacidade da mãe para cuidar do recém-nascido; <input type="checkbox"/> Monitorar o surgimento de sintomas de depressão pós-parto. | <input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Piorado <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> Resolvido |
| <input type="checkbox"/> Disposição para conhecimento melhorado <input type="checkbox"/> Conhecimento deficiente | <input type="checkbox"/> Determinar as necessidades de aprendizagem do paciente; <input type="checkbox"/> Orientar os pais/cuidador a alimentar somente com leite materno; <input type="checkbox"/> Orientar os pais/cuidador a colocar o bebê de costas para dormir; <input type="checkbox"/> Orientar os pais/cuidador a testar a temperatura da água do banho. | <input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Piorado <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> Resolvido |
| <input type="checkbox"/> Outro: _____ _____ _____ _____ | <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Piorado <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> Resolvido |

AVALIAÇÃO E/OU CONDUTA DE ENFERMAGEM: Hora: ____h ____min

ORIENTAÇÕES DE ENFERMAGEM – POI/ 1PO e 2PO

NOME: _____

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> Rotinas de permanência da mãe, pai ou representante legal nas 24 horas por dia. |
| <input type="checkbox"/> Cuidados com Puérpera (deambulação precoce, alimentação, curativo, 1º banho, higiene íntima, compressa fria). |
| <input type="checkbox"/> Cuidados com RN (curativo do coto umbilical, 1º banho e troca de fraldas). |
| <input type="checkbox"/> Amamentação (sinais que o bebê quer mamar, frequência, pega correta, posição correta, dificuldades, retirada do excesso de leite, importância do leite materno nos primeiros dias -icterícia, 1ª vacina, previne doenças, intestino). |
| <input type="checkbox"/> Perigo do aleitamento materno cruzado |
| <input type="checkbox"/> Prejuízos no uso de bicos, chupetas (dentição, anti-higiênico, desenvolvimento da fala, Aleitamento ao seio, diarreias). |
| <input type="checkbox"/> Orientação sobre que NÃO existe leite fraco e que o bebê em aleitamento materno NÃO precisa de água, chá ou outro alimento nos 6 primeiros meses. |
| <input type="checkbox"/> Como não deixar o leite secar (Massagem, ordenha e líquidos). |
| <input type="checkbox"/> Riscos de quedas Puérpera e RN |
| <input type="checkbox"/> Onde procurar ajuda se tiver dúvidas com a amamentação depois que voltar para casa. |

CHECK LIST DE ENFERMAGEM PARA ALTA HOSPITALAR

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> Puérpera recebeu e compreendeu as informações sobre cuidados com RN, autocuidado, aleitamento materno e retorno a sua unidade de saúde na primeira semana de vida da criança para consulta puerperal; |
| <input type="checkbox"/> RN em AME com sucção ao seio, pega e posicionamento adequados, pois NÃO há restrições ao aleitamento materno; |
| <input type="checkbox"/> RN em uso de substituto do leite humano/formula láctea pois a amamentação é contra-indicada de acordo com atualização OMS; |
| <input type="checkbox"/> A mãe, o pai e outros cuidadores foram orientados a reconhecer situações de risco e a procurar a USF se o recém-nascido apresentar problemas com aleitamento materno, icterícia ou qualquer outra alteração; |
| <input type="checkbox"/> A mulher foi orientada a procurar a USF ou o hospital caso apresente febre, secreção purulenta vaginal, por ferida operatória, sangramento com odor fétido ou com volume aumentado, edema assimétrico de extremidades, sofrimento emocional ou outros desconfortos, intercorrências com as mamas; |
| <input type="checkbox"/> Orientada a higienizar as mãos antes e após o cuidado com o recém-nascido; |
| <input type="checkbox"/> Orientada a deixar a criança em decúbito dorsal, manter a amamentação ao seio até os 6 meses exclusivamente e 2 anos ou mais complementar; |
| <input type="checkbox"/> Alta hospitalar evoluída no prontuário, dados do RN anotado na carteira da criança. |
| <input type="checkbox"/> Solicitado avaliação do serviço social se necessário. |

Assinatura e Carimbo do Profissional

Eu _____ recebi e compreendi as informações acima descritas.

Assinatura do acompanhante

Assinatura da paciente