

## Checklist de pré e pós alta hospitalar

Nome do Doente: _____	Nº Utente: _____	Data de nascimento: _____
Sexo		Idade: _____
<input type="radio"/> Feminino <input type="radio"/> Masculino	<b>CONSULTA PRÉ-ALTA HOSPITALAR</b> Nome Médico Especialista: _____  Data da alta: _____	<b>1ª CONSULTA PRECOCE APÓS ALTA</b> Nome Médico / Enfermeira: _____  Data da Consulta: _____
Raça <input type="radio"/> Negra <input type="radio"/> Outra		<b>2ª CONSULTA PRECOCE APÓS ALTA</b> Nome Médico / Enfermeira: _____  Data da Consulta: _____

### AVALIAÇÃO CLÍNICA

<b>Peso</b>	_____ Kg	_____ Kg	_____ Kg
<b>Frequência cardíaca em repouso</b>	_____ bpm <b>Ritmo:</b> <input type="checkbox"/> Sinusal <input type="checkbox"/> Fibrilhação auricular <input type="checkbox"/> Não disponível	_____ bpm <b>Ritmo:</b> <input type="checkbox"/> Sinusal <input type="checkbox"/> Fibrilhação auricular <input type="checkbox"/> Não disponível	_____ bpm <b>Ritmo:</b> <input type="checkbox"/> Sinusal <input type="checkbox"/> Fibrilhação auricular <input type="checkbox"/> Não disponível
<b>Pressão arterial</b>	Sistólica _____ diastólica _____ / _____ mm Hg	Sistólica _____ diastólica _____ / _____ mm Hg	Sistólica _____ diastólica _____ / _____ mm Hg
<b>Sintomas clínicos de sobre carga de volume</b>	<input type="checkbox"/> Sinais de Congestão: Fervores de estase pulmonar, congestão da veia jugular, hepatomegalia, edemas periféricos <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Ortopneia <input type="checkbox"/> Dispneia paroxística nocturna	<input type="checkbox"/> Sinais de Congestão: Fervores de estase pulmonar, congestão da veia jugular, hepatomegalia, edemas periféricos <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Ortopneia <input type="checkbox"/> Dispneia paroxística nocturna	<input type="checkbox"/> Sinais de Congestão: Fervores de estase pulmonar, congestão da veia jugular, hepatomegalia, edemas periféricos <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Ortopneia <input type="checkbox"/> Dispneia paroxística nocturna
<b>Classe NYHA</b>	<input type="checkbox"/> Classe I <input type="checkbox"/> Classe II <input type="checkbox"/> Classe III <input type="checkbox"/> Classe IV	<input type="checkbox"/> Classe I <input type="checkbox"/> Classe II <input type="checkbox"/> Classe III <input type="checkbox"/> Classe IV	<input type="checkbox"/> Classe I <input type="checkbox"/> Classe II <input type="checkbox"/> Classe III <input type="checkbox"/> Classe IV
<b>Outras avaliações</b>	FEVE _____ % Creatinina _____ mg/dl TFGe (CKD-EPI) _____ ml/min/1,73 m <sup>2</sup> Potássio _____ mmol/L Sódio _____ mmol/L NT-pro-BNP _____ pg/ml BNP _____ pg/ml Hemoglobina _____ g/dl	FEVE _____ % Creatinina _____ mg/dl TFGe (CKD-EPI) _____ ml/min/1,73 m <sup>2</sup> Potássio _____ mmol/L Sódio _____ mmol/L NT-pro-BNP _____ pg/ml BNP _____ pg/ml Hemoglobina _____ g/dl	FEVE _____ % Creatinina _____ mg/dl TFGe (CKD-EPI) _____ ml/min/1,73 m <sup>2</sup> Potássio _____ mmol/L Sódio _____ mmol/L NT-pro-BNP _____ pg/ml BNP _____ pg/ml Hemoglobina _____ g/dl

### EDUCAÇÃO DO DOENTE

<b>Medidas não farmacológicas</b>	<input type="checkbox"/> Dieta <input type="checkbox"/> Exercício <input type="checkbox"/> Tabagismo <input type="checkbox"/> Monitorização do peso <input type="checkbox"/> Detecção de agravamento dos sintomas <input type="checkbox"/> Necessidade de aderência á terapêutica	<input type="checkbox"/> Dieta <input type="checkbox"/> Exercício <input type="checkbox"/> Tabagismo <input type="checkbox"/> Monitorização do peso <input type="checkbox"/> Detecção de agravamento dos sintomas <input type="checkbox"/> Necessidade de aderência á terapêutica	<input type="checkbox"/> Dieta <input type="checkbox"/> Exercício <input type="checkbox"/> Tabagismo <input type="checkbox"/> Monitorização do peso <input type="checkbox"/> Detecção de agravamento dos sintomas <input type="checkbox"/> Necessidade de aderência á terapêutica
-----------------------------------	--	--	--

## OPTIMIZAÇÃO DA TERAPÊUTICA MÉDICA

<b>IECAs ou ARAs</b>	<input type="checkbox"/> Prescrito <input type="checkbox"/> Não prescrito (Contra-indicado ou intolerante) <input type="checkbox"/> Não prescrito (Doente recusou)	<input type="checkbox"/> Prescrito <input type="checkbox"/> Não prescrito (Contra-indicado ou intolerante) <input type="checkbox"/> Não prescrito (Doente recusou)	<input type="checkbox"/> Prescrito <input type="checkbox"/> Não prescrito (Contra-indicado ou intolerante) <input type="checkbox"/> Não prescrito (Doente recusou)
<b>Beta-bloqueantes</b>	<input type="checkbox"/> Prescrito <input type="checkbox"/> Não prescrito (Contra-indicado ou intolerante) <input type="checkbox"/> Não prescrito (Doente recusou)	<input type="checkbox"/> Prescrito <input type="checkbox"/> Não prescrito (Contra-indicado ou intolerante) <input type="checkbox"/> Não prescrito (Doente recusou)	<input type="checkbox"/> Prescrito <input type="checkbox"/> Não prescrito (Contra-indicado ou intolerante) <input type="checkbox"/> Não prescrito (Doente recusou)
<b>Antagonistas da Aldosterona</b>	<input type="checkbox"/> Prescrito <input type="checkbox"/> Não prescrito (Contra-indicado ou intolerante) <input type="checkbox"/> Não prescrito (Doente recusou)	<input type="checkbox"/> Prescrito <input type="checkbox"/> Não prescrito (Contra-indicado ou intolerante) <input type="checkbox"/> Não prescrito (Doente recusou)	<input type="checkbox"/> Prescrito <input type="checkbox"/> Não prescrito (Contra-indicado ou intolerante) <input type="checkbox"/> Não prescrito (Doente recusou)
<b>Ivabradina</b>	<input type="checkbox"/> Prescrito <input type="checkbox"/> Não prescrito (Contra-indicado ou intolerante) <input type="checkbox"/> Não prescrito (Doente recusou)	<input type="checkbox"/> Prescrito <input type="checkbox"/> Não prescrito (Contra-indicado ou intolerante) <input type="checkbox"/> Não prescrito (Doente recusou)	<input type="checkbox"/> Prescrito <input type="checkbox"/> Não prescrito (Contra-indicado ou intolerante) <input type="checkbox"/> Não prescrito (Doente recusou)
<b>Diurético</b>	<input type="checkbox"/> Prescrito <input type="checkbox"/> Não prescrito (Não necessita ou intolerante) <input type="checkbox"/> Não prescrito (Doente recusou)	<input type="checkbox"/> Prescrito <input type="checkbox"/> Não prescrito (Não necessita ou intolerante) <input type="checkbox"/> Não prescrito (Doente recusou)	<input type="checkbox"/> Prescrito <input type="checkbox"/> Não prescrito (Não necessita ou intolerante) <input type="checkbox"/> Não prescrito (Doente recusou)

### PLANO DE CONSULTAS

	<b>Data da próxima consulta de follow-up</b> <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>	<b>Data da próxima consulta de follow-up</b> <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>	<b>Data da próxima consulta de follow-up</b> <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>
--	--	--	--