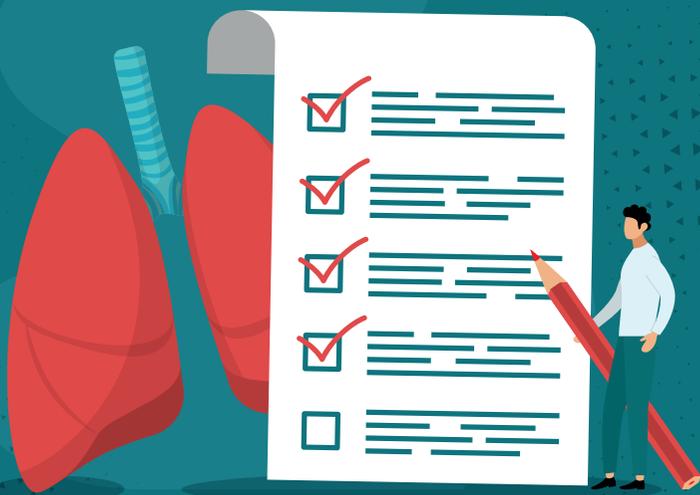


# *CHECKLIST* DE ALTA DO INTERNAMENTO POR DPOC







## CARACTERIZAÇÃO DA EXACERBAÇÃO

## DEFINIÇÃO E ESTRATIFICAÇÃO DA EXACERBAÇÃO

Admissão SU  Enfermaria  U. C. Intermédio  U. C. Intensivos

Dispneia à admissão (EVA 1 a 10): \_\_\_\_\_ Tosse à admissão: Sim  Não

Expectoração: Volume aumentado: Sim  Não  Cor: \_\_\_\_\_

FR à admissão: \_\_\_\_\_ FC à admissão: \_\_\_\_\_ Uso de músculos acessórios à admissão: Sim  Não

SpO<sub>2</sub> mínima: \_\_\_\_\_ (FiO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_) PCR máxima: \_\_\_\_\_ mg/dL (FiO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_) pH arterial mínima: \_\_\_\_\_

PaCO<sub>2</sub> máxima: \_\_\_\_\_ mmHg PaO<sub>2</sub> mínima: \_\_\_\_\_ mmHg (FiO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_)

Gravidade da exacerbação: Ligeira  Moderada  Grave

Eosinófilos máximo no sangue periférico: \_\_\_\_\_ /mcl

## TRATAMENTO DA EXACERBAÇÃO

Corticoterapia sistémica: Sim  Não  Antibiótico: Sim  Não

Quantos dias \_\_\_\_\_ Qual \_\_\_\_\_

Identificação de agente infeccioso: Sim  Não

Qual \_\_\_\_\_

Oxigenoterapia: Sim  Não  FiO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ nº de dias \_\_\_\_\_

ONAF: Sim  Não  FiO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ nº de dias \_\_\_\_\_

VNI: Sim  Não  nº de dias \_\_\_\_\_

VI: Sim  Não  nº de dias \_\_\_\_\_

Dias de internamento: \_\_\_\_\_



## AÇÕES DURANTE A PERMANÊNCIA HOSPITALAR

Tabagismo: Fumador Sim  Não

Se Sim, há \_\_\_\_\_ anos Carga \_\_\_\_\_ UMA Promoção de evicção tabágica Sim  Não

Nº de exacerbações \_\_\_\_\_ / internamentos \_\_\_\_\_ nos últimos 12 meses

Revisão de estudos funcionais respiratórios prévios: Sim  Não

Revisão dos valores prévios de eosinófilos no sangue periférico: Sim  Não

**QR** Informação / Educação / Autogestão da doença: Sim  Não

Revista terapêutica prévia e adesão: Sim  Não

Avaliação / Correção de Competência / Capacidade de inalação: Sim  Não

Revisão do plano de vacinação prévio: Sim  Não

Revisão de plano de Reabilitação Respiratória prévio: Sim  Não

Avaliação de necessidade de Cuidados Paliativos: Sim  Não

Identificação e estratificação de comorbilidades associadas: Sim  Não

## COMORBILIDADES FREQUENTEMENTE ASSOCIADAS À DPOC

Neoplasia do Pulmão	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>	Doença Cerebrovascular	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>
Asma	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>	Anemia/Policitemia	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>
Bronquiectasias	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>	SAOS	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>
HTA	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>	Alterações mnésicas/demência	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>
Dislipidemia	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>	Depressão	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>
Diabetes <i>mellitus</i>	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>	Ansiedade	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>
Doença Cardíaca Isquémica	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>	DRGE	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>
Insuficiência Cardíaca	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>	Osteoporose	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>
Disritmia	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>	Malnutrição	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>
Doença Arterial Periférica	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>	Saúde oral	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>
Doença Renal Crónica	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>		



## CONDIÇÕES PARA ALTA HOSPITALAR

Sem dispneia em repouso:	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="radio"/>
FR < 20 cpm:	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="radio"/>
SpO <sub>2</sub> estável:	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="radio"/>
pH > 7,35:	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="radio"/>
Comorbilidades compensadas:	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="radio"/>
Decidida a terapêutica para ambulatório:	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="radio"/>
Com terapêutica de ambulatório desde a véspera:	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="radio"/>
Assegurada compreensão e capacidade de cumprir tratamento:	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="radio"/>
Assegurada compreensão do desmame de terapêutica (corticosteroide sistémico; antibiótico):	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="radio"/>
Confirmada a técnica inalatória:	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="radio"/>
Assegurado apoio familiar / social:	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="radio"/>



## INFORMAÇÃO NO DOCUMENTO DE ALTA



CAT à data de alta \_\_\_\_\_



Dispneia à data de alta (mMRC) \_\_\_\_\_



Grau de autonomia (*Clinical Frailty Scale*) \_\_\_\_\_

Gasometria arterial prévia à alta FIO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ pH \_\_\_\_\_ pO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ pCO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> \_\_\_\_\_ SaO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_

Oxigenoterapia Não  Longa duração  Débito \_\_\_\_\_  
Curta duração  Débito \_\_\_\_\_

Ventiloterapia Domiciliária Não  VNI  IPAP \_\_\_\_\_ EPAP \_\_\_\_\_ FR \_\_\_\_\_  
CPAP  Pressão \_\_\_\_\_ Auto CPAP  Pressões \_\_\_\_\_

### Terapêutica Inalada de resgate

	SABA	SAMA	SABA + SAMA
DPI			
MDI			
CE			

Qual \_\_\_\_\_

### Terapêutica inalada de manutenção

	LABA	LAMA	LABA + LAMA
DPI			
MDI			
Soft mist			
CE			

Qual \_\_\_\_\_

### Terapêutica inalada de manutenção

	ICS	ICS + LAMA	ICS + LABA + LAMA
DPI			
MDI			
Soft mist			
CE			

Qual \_\_\_\_\_

Corticoterapia Sistémica  Se sim, qual dose/duração \_\_\_\_\_

Antibiótico  Se sim, qual dose/duração \_\_\_\_\_

Refumilast  Azitromicina  Dose/posologia \_\_\_\_\_

Terapêutica de apoio à cessação tabágica  Se sim, qual \_\_\_\_\_

Mucolíticos  Qual/Posologia \_\_\_\_\_ Outros \_\_\_\_\_

Entregue e explicado plano terapêutico por escrito Sim  Não

Definidas diretrizes avançadas de vida/testamento vital Sim  Não

Disponibilizado contacto da equipa médica/enfermagem Sim  Não



## PLANO DE SEGUIMENTO

Agendada consulta de reavaliação (1 mês) Sim  Não  Recusa  NA

Planeada reavaliação gasométrica (1 a 3 meses) Sim  Não  Recusa  NA

Planeada reavaliação gasométrica (1 a 3 meses) Sim  Não  Recusa  NA

Agendada reabilitação pulmonar Sim  Não  Recusa  NA

Agendada consulta de cessação tabágica Sim  Não  Recusa  NA

Planeado rastreio de cancro do pulmão Sim  Não  Recusa  NA

Planeada vacinação Sim  Não  Recusa  NA

Agendada consulta de cuidados paliativos Sim  Não  Recusa  NA

Agendada/planeada gestão de comorbilidades Sim  Não  Recusa  NA

**EVA:** Escala Visual Analógica; **FR:** Frequência Respiratória; **FC:** Frequência Cardíaca; **SpO<sub>2</sub>:** Saturação de Oxigênio; **FIO<sub>2</sub>:** Fração de Oxigênio Inalado; **PCR:** Proteína C Reativa; **PaCO<sub>2</sub>:** Pressão Parcial de Dióxido de Carbono; **ONAF:** Oxigenoterapia de Alto Fluxo; **VN:** Ventilação Não-Invasiva; **VI:** Ventilação Invasiva; **SABA:** *Short Acting Beta2 Agonist* (Agonista Beta2 de Curta duração de Ação); **SAMA:** *Short Acting Muscarinic Antagonist* (Antagonista Muscarínico de Curta duração de Ação); **LABA:** *Long Acting Beta2 Agonist* (Agonista Beta2 de Longa duração de Ação); **LAMA:** *Long Acting Muscarinic Antagonist* (Antagonista Muscarínico de Longa duração de Ação); **ICS:** *Inhaled Corticosteroid* (Corticoide Inalado); **DPI:** *Dry Powder Inhaler* (inalador de pó seco); **MDI:** *Meter Dose Inhaler* (Inalador Pressurizado); **CE:** Camara Expansora; **NA:** Não Aplicável.

QR



QR



QR



QR



apio

AstraZeneca 