

EXACERBAÇÃO AGUDA DE DPOC

Check-list para alta hospitalar



CARACTERIZAÇÃO DA EXACERBAÇÃO

Admissão	SU <input type="radio"/>	Enfermaria <input type="radio"/>	U. C. Intermédios <input type="radio"/>	U. C. Intensivos <input type="radio"/>
Insuficiência Respiratória Hipoxémica (PaO ₂ /FiO ₂ <300)				Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>
Insuficiência Respiratória Hipercápnica (PaCO ₂ >45 mmHg)				Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>
Acidemia Respiratória (pH<7.35 e PaCO ₂ >45 mmHg)				Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>
Necessidade de Ventiloterapia	Não <input type="radio"/>	Não Invasiva <input type="radio"/> Dias _____	Invasiva <input type="radio"/> Dias _____	
Oxigenoterapia de alto fluxo			Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Dias _____	
Corticoterapia sistémica			Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Dias _____	
Eosinofilia máxima				_____
Proteína C Reativa máxima				_____
Etiologia?			Infeciosa <input type="radio"/>	Não infecciosa <input type="radio"/>
Antibioterapia	Sim <input type="radio"/> Qual _____		Agente isolado? _____	
Dias de Internamento				_____



AÇÕES DURANTE O INTERNAMENTO

Revisão da história tabágica	<input type="radio"/>
Promoção da Evicção Tabágica	<input type="radio"/>
Adquirida competência na administração de terapêutica inalatória	<input type="radio"/>
Educação para a doença	
Reconhecimento de agudização de sintomas	<input type="radio"/>
Técnicas de controlo da dispneia	<input type="radio"/>
Técnicas de cinesioterapia respiratória	<input type="radio"/>
Revisão de estudos funcionais respiratórios prévios	<input type="radio"/>
Revisão de historial de exacerbações	<input type="radio"/>
Revisão de isolamentos microbiológicos prévios	<input type="radio"/>
Revisão de valores prévios de eosinofilia periférica	<input type="radio"/>
Revisão do plano de vacinação	<input type="radio"/>
Identificação e estratificação de comorbilidades associadas	<input type="radio"/>
Necessidade de avaliação por Cuidados Paliativos	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Recusa <input type="radio"/>



COMORBILIDADES FREQUENTEMENTE ASSOCIADAS À DPOC

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



CONDIÇÕES PARA ALTA HOSPITALAR

Terapêutica prevista para ambulatorios instituída há pelo menos 24h	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="radio"/>
Sem dispneia em repouso sob tratamento instituído	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="radio"/>
Frequência respiratória <20, sem sinais de dificuldade respiratória	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="radio"/>
SpO2 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"/>
Assegurada capacidade de manter terapêutica em ambulatorio	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="radio"/>



INFORMAÇÃO NO DOCUMENTO DE ALTA

Classificação GOLD prévia à exacerbação	Grupo A <input type="radio"/>	Grupo B <input type="radio"/>	Grupo E <input type="radio"/>
CAT à data de alta _____	QR Dispneia à data de alta (mMRC) _____		
Grau de autonomia (<i>Clinical Frailty Scale</i>)			
Gasometria arterial prévia à alta	FI02 _____	pH _____	pO2 _____
			pCO2 _____
			HCO3- _____
			SaO2 _____
Oxigenoterapia	Não <input type="radio"/>	OLD <input type="radio"/>	Débito _____
			OD <input type="radio"/>
			Débito _____
			OCDO <input type="radio"/>
			OP <input type="radio"/>
			Débito _____
Ventiloterapia Domiciliária	Não <input type="radio"/>	PSV <input type="radio"/>	IPAP _____
			EPAP _____
			FR _____
			CPAP/Auto CPAP <input type="radio"/>
			Pressão _____
Inaladores			
	SABA <input type="radio"/>	SAMA <input type="radio"/>	SABA+SAMA <input type="radio"/>
			DPI <input type="radio"/>
			MDI <input type="radio"/>
			CE <input type="radio"/>
Qual _____			
	LABA <input type="radio"/>	LAMA <input type="radio"/>	LABA+LAMA <input type="radio"/>
			DPI <input type="radio"/>
			MDI <input type="radio"/>
			Soft mist <input type="radio"/>
			CE <input type="radio"/>
Qual _____			
	ICS <input type="radio"/>	ICS+LABA <input type="radio"/>	ICS+LABA+LAMA <input type="radio"/>
			DPI <input type="radio"/>
			MDI <input type="radio"/>
			Soft mist <input type="radio"/>
			CE <input type="radio"/>
Qual _____			
Corticoterapia Sistémica	<input type="radio"/>	Qual/Dose/Duração _____	
Roflumilast			<input type="radio"/>
Azitromicina		Dose/posologia _____	
Terapêutica de apoio à cessação tabágica		<input type="radio"/>	Qual _____
Mucolíticos		<input type="radio"/>	Qual/Posologia _____
Entregue e explicado plano terapêutico por escrito			Sim <input type="radio"/>
			Não <input type="radio"/>
Definidas diretrizes avançadas de vida/testamento vital			Sim <input type="radio"/>
			Não <input type="radio"/>
Disponibilizado contacto da equipa médica/enfermagem			Sim <input type="radio"/>
			Não <input type="radio"/>



PLANO DE SEGUIMENTO

Agendada consulta de reavaliação (1 mês)	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="radio"/>	Recusa <input type="radio"/>
Planeada reavaliação espirométrica (3 a 6 meses)	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="radio"/>	Recusa <input type="radio"/>
Planeada reavaliação gasométrica (1 a 3 meses)	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="radio"/>	Recusa <input type="radio"/>
Agendada reabilitação pulmonar	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="radio"/>	Recusa <input type="radio"/>
Agendada consulta de cessação tabágica	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="radio"/>	Abstinente <input type="radio"/>
			Recusa <input type="radio"/>
Planeado rastreio de cancro do pulmão	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="radio"/>	Recusa <input type="radio"/>
			Não aplicável <input type="radio"/>
Planeada vacinação	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="radio"/>	Atualizada <input type="radio"/>
			Recusa <input type="radio"/>
Agendada consulta de cuidados paliativos	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="radio"/>	Recusa <input type="radio"/>
			Não aplicável <input type="radio"/>
Agendada/planeada gestão de comorbilidades	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="radio"/>	Recusa <input type="radio"/>
			Não aplicável <input type="radio"/>

QR



QR



QR



apio

AstraZeneca 