

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

SpO₂ mínima: _____ (FiO₂ _____) PCR máxima: _____ mg/dL (FiO₂ _____) pH arterial mínima: _____

PaCO₂ máxima: _____ mmHg PaO₂ mínima: _____ mmHg (FiO₂ _____)

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 FiO₂ _____ nº de dias _____

ONAF: Sim Não FiO₂ _____ 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 ₂ 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 FIO₂ _____ pH _____ pO₂ _____ pCO₂ _____ HCO₃⁻ _____ SaO₂ _____

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; **SpO₂:** Saturação de Oxigênio; **FIO₂:** Fração de Oxigênio Inalado; **PCR:** Proteína C Reativa; **PaCO₂:** 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 