ANEXO 1. Guia Padronizado para Monitoramento Telefônico

ETAPA 1: Preenchimento da ficha telefônica

Nome:_____ Prontuário:_____

Telefone para contato:_____ Data:_____ Hora:_____

Quem forneceu as informações?_____ Ligação Nº_____

Meu nome é Josiana, sou enfermeira, e faço parte da equipe do ambulatório do Hospital Universitário Pedro Ernesto. Gostaria de saber como está sua saúde no momento, e como o Sr./Sra. está se cuidando depois que recebeu orientações pela enfermagem. Por favor, me responda algumas perguntas:

A) Sua condição atual:

1. ( ) Vivo. 2. ( ) Falecido Quando?_____Onde?_____ Causa_____ Estava internado? ( ) Sim. ( ) Não.

B) O Sr./Sra. foi hospitalizado e/ou procurou o serviço de emergência desde o acompanhamento pela equipe de enfermagem?

1. ( ) Sim. Quantas vezes?____ Onde?_____ Quando?_____ 2. ( ) Não. O que sentiu?_____

C) O Sr./Sra. usou todos os medicamentos nos últimos 15 dias como o médico prescreveu?

1.( ) Sim. 2. ( ) Não. Por que (Dificuldades)?_____

D) Houve alguma alteração no tipo, dose ou frequência das suas medicações nos últimos 15 dias?

1. ( ) Sim. Qual?_____ 2. ( ) Não.

E) Com que frequência o Sr./Sra. se pesa por semana?_____

1. ( ) _____ vezes por semana. Horário:_____ 2. ( ) Não controlo o meu peso.

F) O Sr./Sra. aumentou 2 quilos ou mais nesta última semana? (Somente quem controla o peso)

1. ( ) Não. 2. ( ) Sim. Quanto?_____

G) O Sr./Sra. conseguiu ingerir a quantidade de líquidos de acordo com a instrução do seu médico e enfermeira (_____ml)?

1. ( ) Sim. 2. ( ) Não. Por que?_____

H) O Sr./Sra. considera o líquido das frutas na quantidade diária de _____ml, que foi recomendado?

1. ( ) Sim. 2. ( ) Não. Que frutas costuma comer?_____ Frequência:_____ /semana.

I) Como tem usado o sal nas suas refeições?

1. ( ) Uso o mínimo possível no preparo dos alimentos. 2. ( ) A mesma quantidade que sempre usei. 3. ( ) Uso o saleiro nas refeições. 4. ( ) Não consigo controlar o sal. Outro: _____

Usa temperos prontos? ( ) Sim. Qual? ( ) Caldos ( ) Pó ( ) Não.

J) O Sr./Sra. faz refeições ou come alimentos fora do lar com diminuição do sal?

1. ( ) Não. 2. ( ) Sim. Quais alimentos?_____ Frequência:_____

K) O Sr./Sra. atualmente tem sentido: ( ) Falta de ar ( ) Cansaço ( ) Dor no peito

1. ( ) Não. 2. ( ) Sim. O que faz para aliviar?_____

L) O Sr./Sra. presentou dificuldade para dormir ou acordou durante a noite angustiado?

1. ( ) Não. 2. ( ) Sim. Frequência:_____

M) O Sr./Sra. percebeu, nesta última semana, inchaço nas pernas, braços ou abdome?

1. ( ) Sim. Onde:_____ 2. ( ) Não.

N) O Sr./Sra. costuma fazer caminhada?

1.( ) Não. 2. ( ) Sim. Frequência:_____ Duração:_____

ETAPA 2: Orientações

A cada contato telefônico vou rever como o Sr./Sra. está se cuidando, e observando quais as dificuldades que está encontrando no seu dia a dia para lidar com a insuficiência cardíaca. E lembre-se:

- O Sr./Sra tem insuficiência cardíaca, que é uma doença onde o coração não consegue mais bombear sangue suficiente para o resto do corpo, causando acúmulo de líquido nos pulmões, fígado, braços e pernas. Por isso, falta oxigênio e nutrientes para os órgãos, podendo prejudicar sua capacidade de fazer as atividades do dia a dia. O Sr./Sra pode sentir falta de ar quando estiver dormindo, estiver fazendo alguma atividade, ou até mesmo quando estiver descansando. Pode sentir-se inchado nas pernas e barriga e sentir-se cansado também;
- De tomar seus remédios todos os dias, mesmo que esteja se sentindo bem ou não veja que está melhorando;
- De diminuir a quantidade de sal de todos os alimentos, evitando deixar o saleiro na mesa e de usar temperos prontos como os caldos, os temperos em pó;
- De não beber mais do que _____ ml (em 24 horas). Não esqueça que sucos, caldos, sopas, café, e as frutas como melancia, abacaxi e laranja contém muito líquido e devem ser contadas;
- Que o Sr./Sra. deve se pesar todos os dias, se possível pela manhã após urinar e antes do café da manhã, observando se aumentou 2 Kg em dois dias, ou 3Kg em uma semana;
- Que o Sr./Sra. deve realizar atividade física do tipo caminhada em local planos. Comece aos poucos e vá aumentando o seu tempo conforme conseguir realizar, se sentir-se mal, pare a atividade e descanse. Utilize roupas leves, tênis confortáveis.
- O Sr./Sra ficou com alguma dúvida? Gostaria que eu repetisse alguma orientação?
- Entrarei em contato com o Sr./Sra novamente em _____ (data), por volta das _____ horas para continuar acompanhando como está sua saúde e com está se cuidando.

Dificuldades identificadas/Intervenção de Enfermagem (Avaliar na próxima ligação):

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Elaborado por: Oliveira JA, 2017.