



Pré-Alta do doente internado por IC

Paciente: _____ Enf.: _____

Avaliação Clínica

Houve a Revisão do Histórico Médico e/ou de Enfermagem? ☐ Sim ☐ Não

Sinais de congestão ☐ Sim ☐ Não

Com pelo menos 24h de terapêutica oral

☐ Sim ☐ Não

Classe NYHA:

☐ II ☐ III ☐ IV

Peso _____

PA em Repouso _____

FC _____

Ritmo em repouso:

☐ Sinusal ☐ Não Sinusal

Estabilidade Clínica

Os sintomas da insuficiência cardíaca estão controlados? ☐ Sim ☐ Não

Houve piora dos sintomas nas últimas 24-48 horas? ☐ Sim ☐ Não

Complicações Agudas? ☐ Sim ☐ Não

Etiologia

A etiologia da IC é conhecida? ☐ Sim ☐ Não

Factor precipitante identificado e controlado? ☐ Sim ☐ Não

Comorbilidades diagnosticadas, avaliadas e orientadas? ☐ Sim ☐ Não

Resultado de Exames

Laboratório:

(Cr _____ Na _____ K _____ Hb, ferritina, TSAT, NT-proBNP _____)

ECG Sinusal ☐ Sim ☐ Não

EcoTT (FEVE, data do último ecoTT) o _____ % ____/____/____

Medicação

Houve a verificação da lista atual de medicamentos do paciente? ☐ Sim ☐ Não

Houve o ajuste da dosagem ou adição de novos medicamentos, conforme necessário? ☐ Sim ☐ Não

Houve a educação sobre a importância da adesão à medicação e dos efeitos colaterais a serem observados? ☐ Sim ☐ Não



Pré-Alta do doente internado por IC

Terapêutica Otimizada?

Se FEVE <40%, tem otimizada a terapêutica modificadora de prognóstico?

INRA2	☐ Sim	☐ Não
Anticoagulantes orais	☐ Sim	☐ Não
IECA / ARA II	☐ Sim	☐ Não
β -bloqueantes	☐ Sim	☐ Não
Ivabradina	☐ Sim	☐ Não
iSGLT2	☐ Sim	☐ Não
Inibidores de SGLT2	☐ Sim	☐ Não
Revisão da restante da medicação	☐ Sim	☐ Não
Vacinas	☐ Sim	☐ Não

Cartilha

Houveram orientações sobre dieta e restrição de sódio ?	☐ Sim	☐ Não
Houveram recomendações específicas para a atividade física e exercícios?	☐ Sim	☐ Não
Houve o ensino sobre o controle de líquidos e monitoramento do peso corporal ?	☐ Sim	☐ Não
Houveram as instruções sobre como reconhecer e relatar sintomas de piora da insuficiência cardíaca ?	☐ Sim	☐ Não
Houve a orientação sobre Peso Diário ?	☐ Sim	☐ Não
Houveram as orientações sobre Vacinação (anti-gripal e pneumococcus)?	☐ Sim	☐ Não

Planejamento de Seguimento

Houve o agendamento de consultas de acompanhamento com o cardiologista ou médico de família ?	☐ Sim	☐ Não
Houve o encaminhamento para serviços de apoio , como nutricionista, fisioterapeuta ou psicólogo, se necessário?	☐ Sim	☐ Não
Houveram as instruções claras sobre como proceder em caso de emergência ou sintomas graves ?	☐ Sim	☐ Não
Houve discussão sobre os cuidados de fim de vida ?	☐ Sim	☐ Não
CDI deve ser desligado?	☐ Sim	☐ Não



Pré-Alta do doente internado por IC

Recursos e Suporte

Houve o fornecimento de **informações sobre grupos de apoio** locais ou recursos online para pacientes com insuficiência cardíaca?

☐ Sim ☐ Não

Houve a disponibilização da **cartilha** para reforçar as instruções de autocuidado?

☐ Sim ☐ Não

Houve a entrega de **LME**?

☐ Sim ☐ Não

O **farmacêutico clínico** esteve presente no momento da alta para instruções?

☐ Sim ☐ Não

Compreensão do Paciente e Cuidador

Certificado se o **paciente e seu cuidador** compreendem todas as instruções e recomendações fornecidas?

☐ Sim ☐ Não

Cartilha entregue?

☐ Sim ☐ Não

Comunicação com a Equipe de Saúde

Foram registradas todas as **orientações e planos de cuidados** no prontuário médico do paciente?

☐ Sim ☐ Não

Foi garantido que a equipe de saúde estivesse ciente do **plano de alta e das necessidades específicas** do paciente?

☐ Sim ☐ Não

Acompanhamento e Suporte Contínuo

Foi disponibilizado um **ponto de contato** para o paciente ou cuidador entrar em contato em caso de dúvidas ou preocupações?

☐ Sim ☐ Não

Qual? _____

Este checklist visa garantir uma transição do cuidado hospitalar para o ambiente domiciliar, fornecendo ao paciente as ferramentas e informações necessárias para gerenciar sua insuficiência cardíaca de forma eficaz e segura após a alta hospitalar.