



1. Identificação

Nome: _____ Como gosta de ser chamado: _____ Idade: _____

Enfermeira: _____ Médico Assistente: _____

Responsável: _____ Contato de emergência: _____

2. Expectativa da família

A família considera essencial:

- ☐ Organização ☐ Companhia ☐ Segurança
- ☐ Estimulação cognitiva ☐ Passeios ☐ Cumprimento rigoroso da rotina

Observações importantes:

3. Perfil do cliente

PREFERÊNCIAS:

- Gosta de conversar sobre: _____
- Gosta de assistir: _____
- Gosta de ouvir: _____
- Gosta de passear: _____
- Gosta de animais: _____
- Outros: _____

TRAZ CONFORTO:

GERA ESTRESSE / IRRITAÇÃO:

COMO REAGE QUANDO CONTRARIADO(A):

ASSUNTOS QUE DEVEM SER EVITADOS:

4. Rotina diária



MANHÃ

Horário habitual de despertar:

AO ASSUMIR O PLANTÃO:

- ☐ Cumprimentar o cliente
- ☐ Avaliar condições gerais
- ☐ Verificar intercorrências
- ☐ Conferir medicações
- ☐ Organizar o ambiente
- ☐ Troca de fraldas

AÇÕES:



HIGIENE

BANHO:

- ☐ Manhã
- ☐ Tarde
- ☐ Noite

LOCAL:

- ☐ Chuveiro
- ☐ Leito

Temperatura preferida:

Cuidados específicos:



ELIMINAÇÕES E TROCAS DE FRALDA

Uso de fraldas:

- ☐ Sim ☐ Não

Troca programada:

- ☐ A cada 2 horas
- ☐ A cada 3 horas
- ☐ Conforme necessidade

Cuidados durante a troca:

- ☐ Higienizar com água e sabonete
- ☐ Utilizar lenços umedecidos
- ☐ Aplicar creme barreira
- ☐ Observar assaduras
- ☐ Observar lesões de pele
- ☐ Registrar alterações
- ☐ Outros: _____



ALIMENTAÇÃO

Consistência:

- ☐ Livre
- ☐ Branda
- ☐ Pastosa

Necessita de auxílio:

- ☐ Sim ☐ Não

Horário das refeições:

Café da manhã: _____

Lanche: _____

Almoço: _____

Lanche: _____

Jantar: _____

Ceia: _____

Alimentos preferidos:

Alimentos recusados:



HIDRATAÇÃO

Meta diária: _____ ml

Estratégias:

MOBILIDADE



Caminhadas:

- ☐ Sim ☐ Não

Frequência:

Tempo: _____

Necessita de auxílio:

Local:

Estratégias:

BANHO DE SOL



- ☐ Sim ☐ Não

Frequência:

Local:

Tempo:

Estratégias:

ESTIMULAÇÃO COGNITIVA



Atividades sugeridas:

- ☐ Conversa
- ☐ Leitura
- ☐ Música
- ☐ Jogos
- ☐ Outros: _____

Estratégias:

EQUIPE MULTIPROFISSIONAL



Atividades realizadas:

- ☐ Fisioterapia - Frequência: _____
- ☐ Fonoaterapia - Frequência: _____
- ☐ Psicologia - Frequência: _____
- ☐ Nutrição - Frequência: _____
- ☐ Outros: _____

Necessidades identificadas:

VESTIMENTAS



Preferências:

Evitar:

5. Segurança

Riscos identificados:

- ☐ Queda
- ☐ Fuga
- ☐ Aspiração
- ☐ Lesão por pressão
- ☐ Outros: _____

Conduas preventivas:

- _____
- _____
- _____
- _____

6. Intercorrências

Riscos identificados:

- ☐ Queda ☐ Recusa alimentar ☐ Sonolência excessiva
- ☐ Dor ☐ Alteração de comportamento
- ☐ Vômitos ☐ Febre ☐ Dispneia
- ☐ Outros: _____

Outras orientações importantes:

- _____
- _____
- _____
- _____

7. Objetivos do mês

- ☐ Aumentar hidratação
- ☐ Melhorar mobilidade
- ☐ Reduzir risco de quedas
- ☐ Melhorar socialização
- ☐ Melhorar alimentação
- ☐ Estimular cognição
- ☐ Outros: _____

Observações/Metas específicas:

- _____
- _____
- _____
- _____

8. Considerações finais

Fatores que devem ser monitorados:

- _____
- _____
- _____
- _____

COMUNICAÇÃO

Manter a família informada sobre qualquer alteração no estado do cliente.

Em caso de dúvidas acionar o Altevita Care
61 99801-4505

ASSINATURAS

Cuidador: _____ Data: ____/____/____

Enfermeiro: _____ Data: ____/____/____

Responsável: _____ Data: ____/____/____