

AVALIAÇÃO DE TERAPIA OCUPACIONAL EM PRONTO SOCORRO – P.S

1. OBSERVAÇÕES INICIAIS

CÓDIGO: HCF-TO-FOR-2	REVISÃO: 0
Nome do cliente:	
Idade:	
Necessidade de Saúde do Cliente: Intervenção Pontual ou Internação?	
Especialidade Médica Responsável: Equipe Fixa ou Clínicas Especializadas?	
Funções do Corpo/Parâmetros:	
Sinais Vitais: (FC/P.A/Nível de Saturação de O2 Temperatura/Dor)	
Dispositivos em uso: (Sondas/cateteres/ventilação mecânica/drenos/acessos venosos/contensão mecânica), dentre outros.	
Estabilidade Hemodinâmica/Exames Laboratoriais:	
Demanda da Equipe (interconsultas):	

1.1. CARACTERÍSTICAS DO CUIDADO HOSPITALAR BREVE E/OU INTERNAÇÃO

Período / Duração da internação: () Curta () Média
() Avaliação () Atendimento () Acompanhamento () Orientações Gerais
() Individual () Cliente e familiares () Familiares (visita e/ou acompanhantes)
() Coletivas /grupais
Local da intervenção:
() Leito () Corredor () Consultórios de Especialidades () Outro

2. DEMANDA EMERGENTE PARA OS CASOS DE BUSCA ATIVA

Quais as principais rupturas que a entrada no hospital ocasionou no cotidiano e no desempenho ocupacional dos sujeitos envolvidos no cuidado?

3. ATENDIMENTO INDIVIDUAL: PRINCIPAIS ÁREAS AFETADAS

Motora Cognitiva Comunicação/Linguagem e Interação Social
 Sensorial Saúde Mental Multifatorial

Especificar:

O cliente necessita de intervenção em componentes e competências de desempenho ocupacional? Em caso afirmativo, descreva:

4. INTERVENÇÕES COLETIVAS

Apenas Clientes Clientes e Familiares Apenas Familiares Equipe

Especificar quais foram às demandas coletivas que a entrada no hospital tem ocasionado para os sujeitos envolvidos no cuidado e as condutas adotadas pela Terapia Ocupacional: