

# Diário de Saúde

Nome do Doente: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Nome do Hospital: \_\_\_\_\_ Serviço: \_\_\_\_\_

## Equipa de Saúde

Médicos: \_\_\_\_\_

Enfermeiros: \_\_\_\_\_

Assistentes Operacionais: \_\_\_\_\_

Fisioterapeutas: \_\_\_\_\_

Assistente Social: \_\_\_\_\_

Outros: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Atual: \_\_\_\_\_

Novos Sintomas: \_\_\_\_\_

Estado Geral: Igual  Melhor  Pior

Alterações na medicação? Sem alteração

Novos medicamentos: \_\_\_\_\_

Medicamentos que deixou de tomar: \_\_\_\_\_

Foram pedidas análises de sangue, exames ou outros procedimentos?

Sim  Não

Nome: \_\_\_\_\_

Motivo: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Motivo: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Motivo: \_\_\_\_\_

Recebeu informação dos resultados de análises de sangue, exames ou outros procedimentos?

Sim  Não

Conclusões: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nível de actividade física: \_\_\_\_\_

Sinais vitais: Dentro do normal  Fora do normal

Sinais vitais que estão normais: \_\_\_\_\_  
(peça a informação aos profissionais de saúde)

Sinais vitais fora do normal: \_\_\_\_\_

Objectivos do tratamento de hoje: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Objectivos atingidos hoje: \_\_\_\_\_

Perguntas a fazer à equipa responsável: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Observações: