

Logotipo

## UNIDADE DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

### TELEFONEMA DO DIA SEGUINTE

IDENTIFICAÇÃO (Colante)

Especialidade	Cirurgia efectuada	
Técnica anestésica	Data cirurgia	Data e hora telefonema

1. Atende o telefone?

Sim

Não

2. Quem atende o telefone?

Próprio

Cuidador

3. A viagem de regresso a casa, decorreu sem problemas?

Sim

Não \_\_\_\_\_

4. Passou bem a noite?

Sim

Não \_\_\_\_\_

5. Complicações **no momento do telefonema**

Complicações											
Dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Adaptar à idade e outros condicionantes (RN:EDIN; < 3-4 anos: FLACC; 4-6 anos: E. Faces W-B; >6-7 anos: EAV)	Sem dor	Dor ligeira			Dor moderada		Dor intensa		Dor muito intensa		
Febre	Não			Sim			Quantificar				

	Inexistente	Ligeira	Moderada	Severa	Não aplicável
Náuseas					
Vômitos					
Cefaleias					
Tonturas					
Lipotímia					
Sonolência					
Parestesias					
Odinofagia					
Penso repassado					
Hemorragia					

5. Relativamente à medicação analgésica prescrita

Que medicação fez? \_\_\_\_\_

Foi dispensada pela UCA?

Sim Não

Foi suficiente?

Sim Não

Se não, fez medicação suplementar?

Sim Não

Quem prescreveu?

Cirurgião \_\_\_\_\_ Médico de Família \_\_\_\_\_ Farmacêutico \_\_\_\_\_ Automedicou-se \_\_\_\_\_

6. Necessitou recorrer a uma unidade de saúde após ter tido alta da UCA?

Sim Não

Se sim, qual?

Urgência \_\_\_\_\_ Entidade Privada \_\_\_\_\_ Centro de Saúde \_\_\_\_\_

Motivo? \_\_\_\_\_

7. A situação ficou resolvida?

Sim

Não

8. Grau de actividade funcional atingido nas primeiras 24h

Nada

Apenas higiene pessoal

Movimenta-se pela casa, com algumas limitações

Movimenta-se pela casa, sem limitações

Tudo

9. A informação fornecida foi suficiente?

Sim

Não \_\_\_\_\_

## 10. Comentários/ Sugestões

## 11. Resultado da avaliação / Orientação

A- Clinicamente bem

B- Embora não inspire cuidados, há dúvidas que levam à necessidade de 2º telefonema (especificar)

C- Há preocupações clínicas, pelo que há indicação para se dirigir ao Serviço de Urgência (especificar)

## **Relembrar o preenchimento e devolução do Inquérito de Satisfação**

Nome / N° mecanográfico