



PRONTUÁRIO

A documentação do processo de cuidado deve ser feita no prontuário do paciente, organizado para possibilitar o registro dos atendimentos e, portanto, a história farmacoterapêutica e clínica do paciente. Uma das formas mais comuns de registro, adotada por diferentes profissionais da saúde, é o modelo SOAP (*subjective, objective, assessment, plan*), que organiza as informações em dados subjetivos (S), dados objetivos (O), avaliação (A) e plano (P). O CFF apresenta um modelo que permite a organização das informações do paciente e o registro de sua evolução.

MARCA OU SÍMBOLO
DO ESTABELECIMENTO OU
SERVIÇO DE SAÚDE

**NOME DO ESTABELECIMENTO
OU SERVIÇO DE SAÚDE**

Nome do logradouro, número, bairro, cidade, Estado, CEP,
telefone ou outro meio de contato, CNPJ

PRONTUÁRIO DO PACIENTE

Número do prontuário: _____ Data de abertura: _____

Nome completo: _____

Data de nascimento: ___/___/___ Sexo: [] M [] F

Endereço: _____

Telefone(s): _____ E-mail: _____

Nome, telefone ou outro meio de contato do responsável/cuidador (se aplicável): _____

Médico(s) do paciente (se aplicável): _____

E escolaridade: _____ Ocupação: _____

Limitação: [] Cognitiva [] Locomoção [] Visão [] Audição [] Outras: _____

Alergia: _____

Data: ___/___/___

MARCA OU SÍMBOLO
DO ESTABELECIMENTO OU
SERVIÇO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELECIMENTO OU SERVIÇO DE SAÚDE

Nome do logradouro, número, bairro, cidade, Estado, CEP,
telefone ou outro meio de contato, CNPJ

PRONTUÁRIO DO PACIENTE

Número do prontuário: _____ Data de abertura: _____

Nome completo: _____

Data de nascimento: ___/___/___ Sexo: [] M [] F

Endereço: _____

Telefone(s): _____ E-mail: _____

Nome, telefone ou outro meio de contato do responsável/cuidador (se aplicável): _____

Médico(s) do paciente (se aplicável): _____

Escolaridade: _____ Ocupação: _____

Limitação: [] Cognitiva [] Locomoção [] Visão [] Audição [] Outras: _____

Alergia: _____

Data: ___/___/___

S: [Registro dos dados coletados - dados **SUBJETIVOS**: sintomas identificados pelo paciente/cuidador, crenças, preocupações e outros dados clínicos (história clínica), tentativas de tratamento e expectativas.]

O: [Registro dos dados coletados – dados **OBJETIVOS**: sinais ou dados mensurados e/ou observados, incluindo resultados de exame.]

A: [**AValiação** – análise dos dados subjetivos e objetivos a fim de identificar a(s) necessidade(s) e o(s) problema(s) de saúde do paciente, considerando as intervenções possíveis, os fatores que agravam os sinais/sintomas e os sinais de alerta para encaminhamento.]

P: [**PLANO** – na elaboração do plano, devem ser definidos os objetivos terapêuticos, as intervenções e os critérios de acompanhamento para avaliação dos resultados. As opções de intervenção selecionadas podem incluir: terapias farmacológica e não farmacológica, e outras intervenções relacionadas ao cuidado, como o encaminhamento.]

[assinatura, nome e CRF/UF (carimbo ou de próprio punho)]