

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

COLE A ETIQUETA AQUI

FINALIDADE

Disponibilizar orientações ao (a) senhor (a), ou o paciente que representas, por meio do Profissional de saúde através deste documento, sobre medidas utilizadas no Hospital para prevenir a aspiração bronco pulmonar em pacientes inseridos neste Protocolo de Prevenção de Broncoaspiração.

AS MEDIDAS COMPREENDEM:

- Manter cabeceira de 45°, inclusive durante procedimento no leito;
- Ofertar dieta oral com decúbito mínimo de 45° a 90°, a menos que haja contraindicação médica;
- Atentar para os seguintes sinais no momento da alimentação, comunicando, imediatamente a equipe: tosse, engasgo, dispneia, sudorese, cianose, distensão abdominal, voz molhada;
- Não ofertar dieta por via oral em pacientes com rebaixamento do nível de consciência;
- O familiar NÃO está autorizado a realizar a oferta por via oral ao paciente, a oferta será feita pelo profissional capacitado para tal (Enfermagem ou Fonoaudiólogo- no caso da reabilitação ou desmame);
- O familiar NÃO está autorizado a fazer uso do espessante. Para administrar o mesmo, chamar a equipe de enfermagem para assim fazer a quantidade necessária estabelecida pelo Fonoaudiólogo;
- Não administrar medicamentos com seringa por via oral, devendo ser utilizado copo ou colher;
- Atentar para a graduação da sonda nasointestinal. Qualquer suspeita de desposicionamento deve ser comunicado a equipe médica e/ou os demais profissionais de saúde;
- Desconforto respiratório durante ou após a alimentação;
- Queda na Saturação durante alimentação;
- Presença de resto alimentar orotraqueal;
- Cianose durante ou após alimentação.

IMPORTANTE: A equipe de saúde estará apta a orientá-lo (a) em caso de dúvidas sobre a aplicabilidade deste protocolo, fatores de risco e medidas preventivas.

Em caso de dúvidas, estamos à disposição.

Diante do exposto, confirmo que recebi do profissional de saúde as orientações sobre o Protocolo de Prevenção de Broncoaspiração, as respectivas medidas preventivas para evitar a ocorrência de Broncoaspiração.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____.

Assinatura do paciente ou responsável

Assinatura e carimbo do profissional