

ROTEIRO PARA TELECONSULTORIA: CUIDADOS PALIATIVOS

1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

• **Nome:**

• **Faixa etária:**

- ☐ 0–17 anos
☐ 18–59 anos
☐ ≥60 anos

• **Sexo:**

- ☐ Feminino
☐ Masculino
☐ Outro

• **Cuidador principal:**

- ☐ Familiar
☐ Cuidador contratado
☐ Instituição
☐ Não possui

2. Diagnóstico e Histórico

• **Diagnóstico principal:**

- ☐ Câncer
☐ Doença neurológica
☐ Doença cardiovascular
☐ Doença pulmonar
☐ Doença renal
☐ Demência
☐ Outra: _____

• **Comorbidades:**

- ☐ HAS
☐ DM
☐ DRC
☐ DPOC
☐ IC
☐ AVC
☐ Demência
☐ Outra: _____

3. Estado Clínico

• **Funcionalidade:**

- ☐ Independente
☐ Dependência parcial
☐ Dependência total
☐ Acamado

• **Principais sintomas (marcar todos):**

- ☐ Dor
☐ Dispneia
☐ Náuseas/Vômitos
☐ Constipação
☐ Delirium
☐ Agitação
☐ Ansiedade
☐ Depressão

- ☐ Fadiga
☐ Anorexia
☐ Secreção respiratória
☐ Outro: _____

4. Objetivo da Teleinterconsulta

- ☐ Ajuste de analgesia
☐ Controle de sintomas
☐ Manejo de dispneia
☐ Manejo de delirium
☐ Indicação de sedação paliativa
☐ Comunicação de prognóstico
☐ Definição de proporcionalidade terapêutica
☐ Planejamento de alta/cuidados domiciliares
☐ Discussão de elegibilidade para cuidados paliativos
☐ Outro: _____

5. Aspectos Éticos

• **Paciente/família compreendem o prognóstico?**

- ☐ Sim
☐ Parcialmente
☐ Não

• **Há diretivas antecipadas ou limitação de suporte?**

- ☐ Sim
☐ Não
☐ Desconhecido

6. Pergunta ao Consultor

• **Principal dúvida:**

7. Conduta

• **Recomendações:**

