

Diário de pressão

Anote as medidas orientadas pela equipe. Não é MRPA ou MAPA formal e não gera diagnóstico.

Data / hora	Sistólica / diastólica (mmHg)	Pulso (batimentos/min, opcional)
Contexto / sintomas	Observações / orientação já recebida	

Data / hora	Sistólica / diastólica (mmHg)	Pulso (batimentos/min, opcional)
Contexto / sintomas	Observações / orientação já recebida	

Data / hora	Sistólica / diastólica (mmHg)	Pulso (batimentos/min, opcional)
Contexto / sintomas	Observações / orientação já recebida	

Diário de pressão

Anote as medidas orientadas pela equipe. Não é MRPA ou MAPA formal e não gera diagnóstico.

Data / hora	Sistólica / diastólica (mmHg)	Pulso (batimentos/min, opcional)
Contexto / sintomas	Observações / orientação já recebida	

Data / hora	Sistólica / diastólica (mmHg)	Pulso (batimentos/min, opcional)
Contexto / sintomas	Observações / orientação já recebida	

Data / hora	Sistólica / diastólica (mmHg)	Pulso (batimentos/min, opcional)
Contexto / sintomas	Observações / orientação já recebida	

Meu registro de exames

Copie o laudo. Referência do laboratório não é meta individual. Anote a orientação recebida, sem interpretar sozinho.

Data / exame	Resultado / unidade	Referência do laboratório
Orientação recebida da equipe		Próximo passo combinado

Data / exame	Resultado / unidade	Referência do laboratório
Orientação recebida da equipe		Próximo passo combinado

Data / exame	Resultado / unidade	Referência do laboratório
Orientação recebida da equipe		Próximo passo combinado

Meu registro de exames

Copie o laudo. Referência do laboratório não é meta individual. Anote a orientação recebida, sem interpretar sozinho.

Data / exame	Resultado / unidade	Referência do laboratório
Orientação recebida da equipe		Próximo passo combinado

Data / exame	Resultado / unidade	Referência do laboratório
Orientação recebida da equipe		Próximo passo combinado

Data / exame	Resultado / unidade	Referência do laboratório
Orientação recebida da equipe		Próximo passo combinado

Kit Remédio em Dia

Copie exatamente a prescrição. Inclua vitaminas e suplementos, se usar. Não ajuste seu tratamento com esta ficha.

Lista inicial: use uma ficha por medicamento. “3 vezes ao dia” não será convertido em “de 8 em 8 horas”. Se houver dúvida ou dose esquecida, confirme a orientação específica com sua equipe ou farmacêutico.

Nome / princípio ativo e concentração

Dose prescrita e unidade / via

Dias, horários e relação com refeição, como na receita

Orientações recebidas / para que serve segundo minha equipe

Quem prescreveu / data da receita ou revisão

Minha dúvida ou efeito percebido

Minha lista e rotina possível

Lembretes são escolhas pessoais. Esta folha não envia avisos nem comprova tomadas. Não preencha doses de memória se não tiver certeza.

Medicamentos que uso — nome e concentração

Onde guardo minha receita atual

O lembrete que escolhi usar, se quiser

Quando fica difícil seguir minha receita

Minha barreira: esquecimento, rotina, custo, acesso, outra...

Pergunta que vou levar à equipe

Agenda de cuidados

Datas, consultas, exames e retornos são combinados com sua equipe. Não é uma lista obrigatória de exames.

Consulta / exame / retorno	Data / horário combinado
Profissional / local / contato	O que preciso levar / perguntar

Consulta / exame / retorno	Data / horário combinado
Profissional / local / contato	O que preciso levar / perguntar

Consulta / exame / retorno	Data / horário combinado
Profissional / local / contato	O que preciso levar / perguntar

Agenda de cuidados

Datas, consultas, exames e retornos são combinados com sua equipe. Não é uma lista obrigatória de exames.

Consulta / exame / retorno	Data / horário combinado
Profissional / local / contato	O que preciso levar / perguntar

Consulta / exame / retorno	Data / horário combinado
Profissional / local / contato	O que preciso levar / perguntar

Consulta / exame / retorno	Data / horário combinado
Profissional / local / contato	O que preciso levar / perguntar

Cartão de contato da equipe

Copie os contatos e as orientações recebidas. Guarde com cuidado e compartilhe apenas se desejar.

Unidade ou serviço de saúde

Profissional / telefone / outro contato

Horário de atendimento

Orientação recebida para fora do horário

O que ainda preciso confirmar com a equipe