

Nome do paciente: _____ Data: ____ / ____ / ____
Cuidador(a): _____ Turno: _____

1. Como o paciente passou o dia



Humor e disposição



Dor, febre ou mal-estar



Queixas ou intercorrências



Como reagiu às atividades do dia



Resumo do dia

2. Remédios



Horário	Medicamento	Dose	Observações

3. Alimentação



Horário / refeição	O que comeu	Quanto aceitou	Observações

4. Sinais e hidratação



Pressão arterial



Saturação



Glicemia



Batimentos cardíacos



Quantidade de água ingerida



Precisou de incentivo para beber água?

() Sim () Não

5. Sono e alerta



Horário que acordou



Horário que dormiu



Esteve mais sonolento?

() Sim () Não



Esteve mais desperto?

() Sim () Não

6. Observações importantes





Leve este diário às consultas. Ele pode facilitar a comunicação com a equipe de saúde.