**UNIÃO DAS INSTITUIÇÕES DE SERVIÇOS, ENSINO E PESQUISA**

**FACULDADES INTEGRADAS DO VALE DO RIBEIRA**

**CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**NOME COMPLETO DO ALUNO**

**TÍTULO**

Registro-SP

Mês/ano

**NOME COMPLETO DO ALUNO**

**TÍTULO**

Estudo de caso apresentado como parte dos requisitos para conclusão do Estágio Supervisionado I do Curso de Graduação em Enfermagem das Faculdades Integradas do Vale do Ribeira.

Professor:

Registro-SP

Mês/ano

**SUMÁRIO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1** | **INTRODUÇÃO**.................................................................................................. | 3 |
| **2** | **DESCRIÇÃO DO CASO**................................................................................... | 4 |
| 2.1 | DIAGNÓSTICO CLÍNICO.................................................................................. | 4 |
| 2.2 | RESULTADOS DE EXAMES LABORATORIAIS / IMAGENS...................... | 4 |
| 2.3 | FISIOPATOLOGIA DA(S) DOENÇA(S)........................................................... | 4 |
| 2.4 | TERAPÊUTICA ADOTADA.............................................................................. | 4 |
| **3** | **PROCESSO DE ENFERMAGEM**................................................................... | 5 |
| 3.1 | COLETA DE DADOS DE ENFERMAGEM......................................................  | 5 |
| 3.2 | DIAGNÓSTICO(S) DE ENFERMAGEM...........................................................  | 5 |
| 3.3 | PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM...........................................................  | 5 |
| 3.4 | IMPLEMENTAÇÃO........................................................................................... | 6 |
| 3.5 | AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM................................................................... | 6 |
| **4** | **CONSIDERAÇÕES FINAIS**............................................................................. | 6 |
|  | **REFERÊNCIAS**................................................................................................. | 7 |

**1 INTRODUÇÃO**

A introdução deve apresentar ao leitor o contexto geral sobre o contexto do estudo de caso, a justificativa e os objetivos do estudo. Todas as referências consultadas e citadas devem ser dispostas no item REFERÊNCIAS.

**2 DESCRIÇÃO DO CASO**

2.1 DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Este item deve conter o diagnótico clínico do paciente envolvido no estudo de caso. Além disso, a descrição dos principais achados clínicos associados a este diagnósticio.

2.2 RESULTADOS DE EXAMES LABORATORIAIS / IMAGENS

Apresentar os resultados de exames laboratoriais / imagens que estejam associados direta ou indiretamente com o diagnóstico clínico do paciente. É permitido o uso de tabelas e/ou imagens, desde que, seja preservado o anonimato em relação ao paciente e demais pessoas envolvidas no caso descrito.

2.3 FISIOPATOLOGIA DA(S) DOENÇA(S)

Descrever os aspectos fisiopatológicos envolvidos na doença descrita no caso clínico. Buscar referenciais teóricos (livros e artigos científicos) que fundamentem a descrição. Todas as referências consultadas e citadas devem ser apresentadas no item REFERÊNCIAS.

2.4 TERAPÊUTICA ADOTADA

Este item deve conter a descrição detalhada das medicações (medicamento, dose, quantidade de vezes por dia) em uso pelo paciente e/ou outros procedimentos adotados com a finalidade terapêutica.

**3 PROCESSO DE ENFERMAGEM**

Fundamentado na resolução do Conselho Federal de Enfermagem n° 358/2009, este item deve conter as etapas do processo de enfermagem descritas detalhadamente conforme sequência abaixo. Recomenda-se a utilização de linguagens padronizadas para a descrição dos diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem (por exemplo, os instrumentos: NANDA-I, NIC e NOC). Neste caso, é fundamental adequar-se as formas corretas em descrever o uso de tais instrumentos.

3.1 COLETA DE DADOS DE ENFERMAGEM

A coleta de dados de enfermagem envolve o histórico de enfermagem e o exame físico, este último podendo ser geral ou específico. Sua descrição deve permittir ao leitor a compreensão/identificação dos problemas de enfermagem apresentados pelo paciente.

3.2 DIAGNÓSTICO(S) DE ENFERMAGEM

Os diagnósticos de enfermagem devem ser apresentados considerando as “Necessidades Humanas Básicas” requeridas pelo paciente a partir do problema principal identificado. Para este item é fundamental o uso de termos que permitam identificar os fatores relacionados e as características definidoras de cada diagnóstico. Além disso, deve existir um elo entre aquilo que foi identificado na coleta de dados com os diagnósticos estabelecidos.

3.3 PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM

Este item desreve as intervenções necessárias para todos os diagnósticos estabelecidos. Deve ser apresentado de forma que permita identificar as ações planejadas para cada diagnótico. É permitido o uso de tabelas.

.

3.4 IMPLEMENTAÇÃO

Este item refere-se as ações efetivamente implementadas de acordo com o item de planejamento de enfermagem. Sendo assim, deve ser descrito de forma que permita ao leitor reconhecer tudo aquilo que foi realizado junto ao paciente.

3.5 AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

A avaliação representa um processo contínuo e sistemático para identificar os resultados obtidos junto ao paciente frente as ações de enfermagem implementadas. Neste caso, pode ser considerado como a evolução de enfermagem. Portanto, deve ser descrito de modo que permita ao leitor reconhecer o efeito obtido a partir das ações de enfermagem implementadas junto ao paciente.

**4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Desrever neste item suas considerações (ou do grupo) sobre o desenvolvimento do estudo de caso com foco na abordagem por meio do Processo de Enfermagem. Pode apresentar também as limitações e desafios a serem superados. .

**REFERÊNCIAS**

Todo o contúdo citado ao longo do texto deve ser referenciado neste item. Considerar como elemteno chave para formatação deste estudo de caso as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) no que tangue a “Informação documentação – Trabalhos acadêmicos – Apresentação (ABNT NBR 14724).