



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE ENFERMAGEM
 Departamento de Enfermagem Básica - Disciplinas Fundamentos e Tecnologias do
 Cuidar em Enfermagem I e II

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

Identificação

Data da Avaliação:

Nome:		Prontuário:	
Idade:	Leito:	Enfermaria	D.N
Sexo: () F () M	Estado Civil:	Escolaridade:	
Data da internação:		Renda:	
Diagnóstico Médico:			

Informações sobre a doença e o tratamento

Motivo da Internação:
História patológica atual:

História Patológica progressiva:

Comorbidades: () HAS () DM () Doença Renal () Cardiopática () Doença da tireóide
Hábitos de vida: () tabagismo () etilismo () obesidade () perfil sanguíneo alterado () Uso de drogas
Antecedentes familiares:

Antecedentes cirúrgicos:

Uso de Medicamentos:

Alergias:

Calendário vacinal: () completo () incompleto () desconhece

Hábitos/Social

Condições de moradia: () área urbana () rural () casa () apartamento () com saneamento básico () sem saneamento básico () outros: _____
Suporte financeiro: () possui recursos para tratamento médico () possui convênio/seguro saúde () conta com ajuda de familiares () utiliza exclusivamente hospitais conveniados do SUS Obs.: _____
Cuidado corporal: () bom aspecto de higiene () regular aspecto de higiene () higiene precária Frequência de banho: _____ () Manhã () tarde () noite Frequência Higiene oral: _____
Observações:
Realização do auto-cuidado: () dependência total () Dependência parcial () independência () precisa de ajuda para poucas atividades () precisa de ajuda para muitas atividades () é totalmente dependente
Realiza atividade física: () Sim () não Quantas vezes: _____ Tipo: _____

Atividade, Sono e Repouso

Sono: () sem alterações no padrão de sono Dorme ___ horas por noite () não tem insônia () apresenta dificuldade em conciliar o sono () acorda várias vezes à noite () sonolência () dorme durante o dia Não tem insônia em casa e acorda várias vezes à noite no hospital _____
Recreação: Atividades que gosta para distração: _____ () viagem () cinema () TV () leitura () jogos esportivos

Hábitos alimentares:

Quantas refeições diárias habituais em casa:	Tipo de alimentação habitual em casa: () frutas verduras: () cruas () cozidas carne: () vermelha () frango () peixe () suco () café () chá () leite
---	---

Dieta: () aceita parcialmente a dieta () aceita toda a dieta oferecida	Aceitação: _____ () aceita dieta sólida () aceita dieta líquida () não aceita dieta
Ingesta Hídrica: _____ litros/dia ou _____ copos por dia	Eliminação intestinal: Frequência: _____ Coloração: _____ Odor: _____ Características: _____ () constipação () diarreia () mudança de hábito intestinal () flatulência Data da última evacuação: _____
Vômitos/Drenagens: () sim () não / volume e características: _____	
Eliminações vesicais/características: () micção espontânea () presença de anomalias () SVD () Irrigação vesical () incontinência urinária	

Aspectos sexuais

Ciclo Menstrual: () sem alterações () menopausa () dismenorreia () amenorreia disfuncional
Atividade sexual: () desempenho satisfatório () não satisfatório () não tem relacionamento sexual
Faz uso de contraceptivo? () Sim () Não Qual? _____ DUM: _____

Psicossocial

Interação Social: () Interege satisfatoriamente () Pouco comunicativo () Não quer conversar Outros: _____
Possui acompanhante? () Sim () Não Necessidade de acompanhante () Sim () Não
Apoio espiritual Você se considera religioso ou espiritualizado? () Sim () Não Possui religião: () Sim () Não Qual? _____ () procura apoio em sua fé nos momentos difíceis () não possui crença religiosa () anda meio descrente ultimamente Caso andar descrente. Por quê? _____ • Se não tiver religião ou acreditar em Deus: o que te dá significado na vida? _____
É orientado quanto a doença? Conhecimento sobre seu problema de saúde: () orientado () pouco orientado () prefere não falar <u>sobre o</u> assunto () prefere que os familiares sejam orientados Obs.: _____
Humor: () bom estado de humor () humor deprimido () está otimista com o tratamento () refere estar desanimado () não aceita o problema () nega o problema Obs.: _____

Dados Antropométricos

Peso: _____	Altura: _____	Circunferência abdominal: _____	IMC: _____
Estado Nutricional: () normal () sobrepeso () obeso () desnutrido () relato de perda ponderal			

Tipo morfológico: () Brevilíneo () Mediolíneo () Longilíneo
Estado Geral: () Bom estado Geral () Regular Estado Geral () Ruim estado geral

Função Mental:

Estado mental: () orientado autopsiquicamente () orientado temporoespacialmente () déficit de atenção () transtorno de memória () transtornos de pensamento – alterações na linguagem	Nível de consciência (AVPU): () Alerta (A) () Voz (V) () Dor (D) () Não responde (NR) () Aparecimento de nova confusão mental
Nível de ansiedade: () humor ansioso () medo () tensão () dificuldades intelectuais () sintomas sintomáticos	
Observações: _____	

Pele e Mucosas: **avaliar em todos os segmentos corpóreos

Avaliação da pele/Mucosa:	
Coloração: () normocorada () hipocorada () hiperchromia () icterícia Grau: _____ () cianose Grau: _____ Local: _____	
Hidratação: () hidratado () desidratado () descamação () sudorese	
Mobilidade: () preservada () diminuída	Turgor: () firme () frouxo () pastoso
Alterações de textura, espessura e temperatura: () sim () não Local e características: _____	
Edema: () Presente () Ausente Cacifo: _____ Local: _____	
Lesões de pele: () Presente () Ausente GRAU: _____ Local: _____ Aspecto: _____	
() Presença de cicatriz () Equimoses () Drenos () cateteres: Local: _____ Característica: _____	

Cabeça e pescoço:

Crânio e face: () sem alterações () assimetria Outras alterações: _____
Olhos: () visão normal () diminuição da acuidade visual () presença de processos inflamatórios/infecciosos () uso de lentes de contato ou óculos () exoftalmia () mobilidade visual preservada (MOEs)

() pupilas fotorreativas () isocóricas () anisocóricas () acomodação pupilar preservada () Secreção () Hiperemia () sem alterações () Conjuntivas coradas () hipocoradas
Ouvido: () audição normal () acuidade diminuída () zumbido () presença de processo inflamatório/infeccioso () uso de prótese auditiva
Nariz: () sem anormalidades () coriza () alergia () epistaxe () dor à palpação de seios da face
Boca: () Uso de prótese () Ausência de dentes () Halitose () Lesões Local: Característica da mucosa oral:
Alterações no exame dos pares cranianos? () sim () não Par alterado e características:
Pescoço: () sem anormalidades () tireóide aumentada () distensão da veia jugular () traqueostomia Palpação da traquéia: _____ () desvio linha média () presença de massas Linfonodos - pré-auriculares – auricular posterior – occipitais – cervicais superiores – submandibulares – submentonianos – cadeia cervical profunda – cervical posterior – supraclaviculares () palpável () não palpável () dor () coalescência () imobilidade Se palpável ou alterações, local: Artérias carótidas:

Sistema Respiratório:

FR: _____ irpm	SpO2: _____ %	Ausculta: _____
Uso da musculatura acessória: () sim () não	Tosse: () sim () não Produtiva: () sim () não	Característica: _____
Palpação do tórax: () diminuição da expansão torácica () expansão torácica normal () simétrica () assimétrica () presença de crepitações () dor na parede torácica () massas	Frêmito tóraco vocal () normal () aumentado () diminuído	
Percussão: Sons: () claro pulmonar () maciço () timpânico () hipersonoridade	Ausculta: () murmúrios vesiculares () traqueal () brônquico Ruídos adventícios: () Sim () Não Local? _____ Qual tipo de ruído adventício: _____	

Sistema Cardiovascular:

Avaliação do pulso: () rítmico/regular () arritmico/irregular () forte () fraco/filiforme	FC: _____	Pulso: _____
* Avaliação bilateral dos pulsos: radial, femoral, braquial, poplíteo, tibial posterior e pedioso		
P.A*: _____ x _____ mmHg * Registrar membro avaliado e posição	Cianose de extremidade () sim () não	
Edema: () não () sim () + () ++ () +++ () ++++ Localização: _____	Droga vasoativa: () sim () não Se sim, qual? _____	
Visualização ictus cordis: _____ Tamanho _____ Levantamento sistólico do precórdio: _____ Pulsção supraesternal () presente () aumentada Pulsção epigástrica () presente () aumentada Precórdio: () sem alteração () dor Presença de frêmitos: _____	Estase jugular a 45° () presente () ausente	
Perfusão periférica: () enchimento capilar > 3 seg () < 3seg () cianose () palidez		
Ausculta da carótida: Sopro () sim () não		
Ausculta do precórdio: () ritmo normal () taquicardia () bradicardia () presença de sopros () arritmia () bulhas normofonéticas em 2 tempos () bulhas hipofonéticas () bulhas hiperfonéticas () sons cardíacos extras		

Sistema Digestório

Abdômen: Forma: () plano () globoso () avental () escavado () pendular	Simetria: _____ Cicatriz umbilical: _____ Incisão cirúrgica _____ Peristalse ou pulsações: () visíveis () não visíveis Pele: _____ () Circulação colateral
Ausculta () RHA presentes _____ () RHA ausentes	
Percussão Sons: maciço _____ timpânico _____ sub-maciço _____	
Palpação () indolor () presença de dor Local: _____ () normotenso () flácido à palpação () resistente à palpação	Hérnias: _____ Fígado: _____
Presença de Massas palpáveis? () Sim () Não	Ascite () presente () ausente Outras alterações:

Local:	
--------	--

Sistema Geniturinário:

Genitais: () sem alterações anatômicas () lesões nos órgãos genitais () sinais de infecção Outras alterações:
Palpação dos linfonodos inguinais: () não palpáveis () palpáveis () dor Outras alterações:
Mamas: () sem alterações () simétricas () presença de nódulos palpáveis () dor () secreção Alterações na palpação dos linfonodos axilares? () não () sim, características:
Palpação da bexiga: () dor () indolor

Membros:

() força motora preservada em todas as extremidades () tônus muscular preservado () pulsos periféricos palpáveis () linfonodos epitrocleares e axilares sem anormalidades () panturrilhas livres () sensibilidade preservada – dor, temperatura, tato leve, tátil pressórica, vibração, cinestésica, tato fino – estereognosia e grafestesia Alteração: _____ () parestesia () plegia Local e características:
() edema Calfos: +/- Características: _____ () amputações () gesso () tala gessada () dispositivo venoso () lesões Características:
Movimentação: () deambula () acamado () restrito ao leito () sem movimentação () semi acamado () deambula com ajuda () movimentada com ajuda Marcha: () normal () atáxica Romberg: () positivo () negativo Coordenação motora MMSS, MMII, MRA: () sem alterações () alterações:
Reflexos Bicipital, Tricipital, Patelar, Aquileu e Cutâneo-plantar: () sem alterações () arreflexia () hiporreflexos () hiperreflexos Local:

Risco de desenvolvimento de Lesão por Pressão

Escala de Braden:

Percepção sensorial	1 – Completamente restrita	2 – Muito restrita	3 – Discreta limitação	4 – Sem restrições
Umidade	1 – Umidade constante	2 – Úmido	3 – Úmido ocasionalmente	4 – Raramente úmido
Atividade	1 – Restrito ao leito	2 – Restrito a cadeira	3 – Deambula ocasionalmente	4 – Deambula com frequência
Mobilidade	1 – Imóvel completamente	2 – Muito restrita	3 – Discreta limitação	4 – Sem restrições
Nutrição	1 – Muito deficiente	2 – Inadequada	3 – Adequada	4 – Excelente
Fricção e cisalhamento	1 – Problema	2 – Problema potencial	3 – Sem problema	TOTAL

Total: _____

Variação da Pontuação da Escala: 6 a 23 pontos.

- Médio Risco: 15 a 18 pontos
- Risco Moderado: 13 a 14 pontos
- Alto Risco: 10 a 12 pontos
- Altíssimo Risco: 9 a 6 pontos

Procedimentos invasivos:

Cateter venoso central: () sim () não	Dias de cateter: _____	Acesso venoso periférico: () sim () não	Dias de cateter: _____
CNE/CNG ()	Drenos: () sim Tipo: _____ Localização: _____	Oxigenoterapia: catéter () máscara () _____ L/min VM () VNI ()	
Cateter vesical de demora: () sim	Dia: _____	TOT () TQT ()	

1.6 Outros dados

Exames Laboratoriais:	Exames por imagem:
Impressão do Aluno:	
Queixas gerais:	

Acadêmico (a): _____

DATA: ___/___/___