**Título do relato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Apresentador (s): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Formação:** ( ) Estudante enfermagem ( ) Enfermeiro(a) ( )Profissional de outra área da saúde

**INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO E PARECER DOS RELATOS DE EXPERIÊNCIA**- “**ADOTE UMA LESÃO”**

**Identificação e perfil sócio- econômico**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Idade:

Sexo: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cor: \_\_\_\_\_ Escolaridade\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Profissão/ Ocupação \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Saneamento Básico ( )sim ( ) não

**Doença de base:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Complicações da Doença: ( ) cardiovasculares ( ) respiratórias ( ) Insuficiência venosa ( ) outras Quais**

**Peso: Kg Altura:**

**Dados vitais: P.A: mm/Hg Pulso apical: bpm Temperatura axilar: ºC**

**Nutrição: VO ( )Adequada ( ) inadequada ( )SNE ( )gastrostomia ( ) jejunostomia ( ) NPT**

**( ) suporte nutricional: Qual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Insônia: ( ) Sim ( ) Não Etilismo: ( ) Sim ( ) Não Tabagismo: ( ) Sim ( ) Não**

**Incontinência urinária: ( ) Sim ( ) Não Incontinência fecal: ( ) Sim ( ) Não Uso de fralda: ( ) Sim ( ) Não**

**Uso de Sonda ( ) Sim ( ) Não Qual?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Medicamentos em uso:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Alergias:\_( )sim ( ) não

Tempo de existência da(s) lesão(s):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tratamentos anteriores da(s) lesões(s)( \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Amputação prévia: ( )sim ( )não Local:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Mobilidade**: ( )deambula ( )deambula com auxilio ( )acamado

**Tipo de Lesão**

( ) **Úlcera(s) Venosa** ( ) **Úlcera(s) Arterial** ( ) **Úlcera(s) mista**  **Exame MMII** ( ) edema ( ) rachaduras ( ) deformidades ( ) cianose ( ) varizes ( ) hipotermia ( ) outras\_\_\_\_\_\_\_\_

**Pulsos poplíteo e pedioso palpáveis do(s)membro(s) afetado** ( ) sim ( ) não

( **) lesão traumática** ( ) **queimadura** ( ) **lesão neoplásica** ( ) outras\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**( ) Lesão Por Pressão(UPP)**

( ) estágio 1: eritema da pele não branqueável

( ) estágio 2: perda parcial da espessura da pele

( ) estagio 3: perda total da espessura da pele

( ) estágio 4: perda total da espessura dos tecidos

**No de lesões**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Tempo da lesão:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Extensão inicial da lesão no momento da ADOÇÃO**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Presença de exsudato: ( ) sim ( ) não

Caracteríscticas do exsudato (cor, odor, aspecto, quantidade): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Área perilesional:**  ( )intacta ( ) macerada ( ) descamação ( ) fria ( ) dermatite ( ) eritema ( ) hiperpigmentada

**Exames laboratoriais/ radiodiagnósticos**

( )sim ( ) não

Se afirmativo, exames complementares recentes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Suporte / auxílio ao paciente portador da lesão**

Sim ( ) Não ( ) Se afirmativo ( ) família ( ) cuidador ( ) outros: \_\_\_\_\_\_\_

Instituição de Saúde de suporte ? ( ) sim ( ) não

Se afirmativo ( ) ambulatório ( ) UBS ( ) hospital ( ) Home Care ( )Outros: Qual?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Registro Fotográfico: MÁXIMO 6 imagens- Do início até a fase da cicatrização da lesão**

**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Você está sendo convidado a participar deste estudo, cujo objetivo é **Adotar uma lesão por meio da avaliação, realização do curativo diário, ou quando necessário e o registro fotográfico, garantindo efetividade da sua evolução.** Este projeto é orientado por\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a quem poderá contatar a qualquer momento que julgar necessário, por meio de telefone ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ou e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Depois de conhecer e entender os objetivos do Projeto, procedimentos metodológicos, riscos e benefícios deste, este relato experiência será apresentado de forma oral no **IX Congresso Brasileiro de Prevenção e Tratamento de Feridas, e II Congresso Brasileiro de Enfermagem Estética,** a serrealizado no período de 26 a 29 de novembro de 2024, na cidade de Salvador -BA. Estar ciente da necessidade do uso da sua imagem e/ou depoimento, especificados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

**AUTORIZO** Os pesquisadores (**especificar nome de todos os pesquisadores envolvidos na pesquisa inclusive do pesquisador responsável orientador**) do projeto de Ensino, Pesquisa e Extensão intitulado **Adote uma Lesão (registro nº 914968106)**, a realizar as fotos ou imagens das lesões que se façam necessárias partes, liberando a utilização das mesmas, e colher informações sob a forma de entrevista semiestruturada, sem quaisquer ônus financeiros a nenhuma das partes, em favor dos pesquisadores deste projeto, acima especificados, obedecendo ao que está previsto nas Leis que resguardam os direitos das crianças e adolescentes (Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, Lei N.º 8.069/ 1990), dos idosos (Estatuto do Idoso, Lei N.º 10.741/2003) e das pessoas com deficiência (Decreto Nº 3.298/1999, alterado pelo Decreto Nº 5.296/2004). Considero preservar minha participação como voluntário(a) sem coerção pessoal ou institucional, dando minha permissão para realização do registro fotográfico das lesões. Estou ciente que sou livre para retirar meu consentimento e terminar minha participação a qualquer tempo e de não haver benefícios diretor ou imediatos para mim enquanto participante deste estudo.

Finalmente, estou ciente que estarão garantidas de modo anônimo, evitando identificação do informante e de que serei respeitado(a)quanto a não ter tocado

aspectos de foro íntimo, há não ser quando for de minha concordância em abordá-los.

**Nome do pesquisador Assinatura do pesquisado e/ou responsável**

**Data:**

**TERMO DE CONFIDENCIALIDADE PARA OBTENÇÃO DA INSTITUIÇÃO**

**(SE O PACIENTE ESTIVER INTERNADO).**

Título do Projeto: **ADOTE UMA LESÃO**

Pesquisador Responsável:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Instituição/Departamento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefone:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos participantes deste relato de experiência, cujos dados serão coletados por meio da anamnese e exame físico, registro fotográfico da lesão, exames complementares e radiodiagnósticos, no (especificar o local onde foram coletados os dados acima).

Informam ainda, que estas informações serão utilizadas, única e exclusivamente para execução do presente projeto.

As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e mantidas na (citar a Instituição ou departamento, endereço), por um período de 5 anos, sob a responsabilidade de.........................

Após este período os dados serão destruídos.

Este projeto foi aprovado pelo Comite de Ética da.....(Nomear a Instituição) em ..../..../....

Cidade\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do pesquisador responsável