

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

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

Idade: \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) M ( ) F Estado Civil: \_\_\_\_\_ Cor: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_

Profissão/ Ocupação: \_\_\_\_\_ Saneamento Básico: ( ) Sim ( ) Não

Doença de base: \_\_\_\_\_

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

Quais: \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ IMC: \_\_\_\_\_ Dados vitais: P.A: \_\_\_\_\_ Pulso apical: \_\_\_\_\_ Temp. axilar: \_\_\_\_\_

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? \_\_\_\_\_

Uso de Medicamentos: \_\_\_\_\_

Alergias: ( ) Sim ( ) Não Qual? \_\_\_\_\_

Tempo de existência da(s) lesão(s): \_\_\_\_\_

Tratamentos anteriores da(s) lesões(s) \_\_\_\_\_

Amputação prévia: ( ) Sim ( ) Não Local: \_\_\_\_\_

Mobilidade: ( ) Deambula ( ) Deambula com auxílio ( ) Acamado

Tipo de Lesão: ( ) Úlcera(s) Venosa ( ) Úlcera(s) Arterial ( ) Úlcera(s) mista

Exame MMII: ( ) edema ( ) rachaduras ( ) deformidades ( ) cianose ( ) varizes ( ) hipotermia ( )

Outros: ( ) Qual: \_\_\_\_\_

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

( ) estágio 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

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

Área perilesional: ( ) intacta ( ) macerada ( ) descamada ( ) fria

( ) dermatite ( ) eritema ( ) hiperpigmentada

Exames laboratoriais/ radiodiagnósticos: ( ) Sim ( ) Não

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

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 5 imagens) Início até a fase da cicatrização(maturação) da lesão

Termo de confidencialidade (Modelo anexo)