

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 () descamação () fria

() dermatite () eritema () hiperpigmentada

Exames laboratoriais/ radiodiagnósticos: () Sim () Não

Se afirmativo, exames complementares recente 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)