



**Avaliadores**

ID: _____	Data da avaliação: ____/____/____	G: _____	Alunos: _____ _____ _____
-----------	-----------------------------------	----------	---------------------------------

Dados do Paciente		Achados clínicos e laboratoriais		Admissão
Idade: _____	Sexo: (M) (F)	IMC: _____ Kg/m <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> Baixo <input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Sobrepeso <input type="checkbox"/> Obesidade grau I <input type="checkbox"/> Obesidade Grau II <input type="checkbox"/> Obesidade grau III	<input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Hiperglicemia <input type="checkbox"/> Leucocitose	Admitido (a) com lesão? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Comorbidades Associadas	Tipo de Lesão	LP
<input type="checkbox"/> Imunossupressão <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> DPOC	<input type="checkbox"/> Ferida operatória <input type="checkbox"/> Úlcera venosa <input type="checkbox"/> Úlcera diabética <input type="checkbox"/> Lesão por pressão <input type="checkbox"/> Outra	<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Estágio 2 <input type="checkbox"/> Por dispositivo <input type="checkbox"/> Estágio 3 <input type="checkbox"/> Estágio 1 <input type="checkbox"/> Estágio 4

**Avaliação da lesão cutânea**

<b>Tempo de evolução</b> <input type="checkbox"/> Aguda <input type="checkbox"/> Crônica	<b>Leito da ferida:</b> <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelial <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Hipergranulação <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Necrose de coagulação	<b>Classificação do exsudado:</b> Volume: <input type="checkbox"/> 0: Ausente <input type="checkbox"/> 1: Pequeno <input type="checkbox"/> 2: Moderado <input type="checkbox"/> 3: Alto	<b>Aspecto:</b> <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sero-hemático <input type="checkbox"/> Hemático <input type="checkbox"/> Seropurulento <input type="checkbox"/> Pio-hemático <input type="checkbox"/> Purulento	<b>Odor:</b> <input type="checkbox"/> 0: Ausente <input type="checkbox"/> 1: Leve <input type="checkbox"/> 2: Moderado <input type="checkbox"/> 3: Intenso
<b>Complexidade da ferida</b> <input type="checkbox"/> Simples <input type="checkbox"/> Complexa	<b>Etiologia</b> <input type="checkbox"/> Traumática <input type="checkbox"/> Iatrogênica <input type="checkbox"/> Patológica			

<b>Borda da ferida:</b> <input type="checkbox"/> Difusa <input type="checkbox"/> Aderida <input type="checkbox"/> Descolada <input type="checkbox"/> Desnivelada <input type="checkbox"/> Fibrótica <input type="checkbox"/> Hiperqueratosa <input type="checkbox"/> Macerada	<b>Condição da pele perilesional</b> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> Eczema/ seca <input type="checkbox"/> Presença de eritema <input type="checkbox"/> Queratose: <input type="checkbox"/> Outra	<b>Grau de contaminação:</b> <input type="checkbox"/> Limpa <input type="checkbox"/> Contaminada	<b>Mensuração da ferida:</b> Plana: Largura _____ cm Comprimento _____ cm Cavitária: Largura _____ cm Comprimento _____ cm Profundidade _____ cm
--	--	--	---

**Avaliação da dor:**



ESCALA VISUAL ANALÓGICA - EVA

Ao curativo: \_\_\_\_

Entre curativos: \_\_\_\_

**Localização:**

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

Curativo	Uso de cobertura primária?	Materiais utilizados
<b>Analgesia antes do curativo?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim _____ _____ <input type="checkbox"/> Não	_____ _____ _____ _____
<b>Solução de limpeza</b> <input type="checkbox"/> Solução fisiológica 0,9% <input type="checkbox"/> Água destilada <input type="checkbox"/> Outra _____		



**Avaliação da ferida tumoral**

<b>Tempo de evolução</b> <input type="checkbox"/> Aguda <input type="checkbox"/> Crônica	<b>Aspecto</b> <input type="checkbox"/> Ulcerativa Maligna <input type="checkbox"/> Fungosa Maligna <input type="checkbox"/> Fungosa Maligna Ulcerada	<b>Estadiamento:</b> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1N <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<b>Leito da ferida:</b> <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelial <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Hipergranulação <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Necrose de coagulação	<b>Sangramento</b> Presente? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Espontâneo <input type="checkbox"/> Ao toque <input type="checkbox"/> Ao curativo
--	--	---	---	---

<b>Classificação do exsudado:</b> Volume: <input type="checkbox"/> 0: Ausente <input type="checkbox"/> 1: Pequeno <input type="checkbox"/> 2: Moderado <input type="checkbox"/> 3: Alto	<b>Aspecto:</b> <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sero-hemático <input type="checkbox"/> Hemático <input type="checkbox"/> Seropurulento <input type="checkbox"/> Pio-hemático <input type="checkbox"/> Purulento	<b>Odor:</b> <input type="checkbox"/> 0: Ausente <input type="checkbox"/> 1: Leve <input type="checkbox"/> 2: Moderado <input type="checkbox"/> 3: Intenso	<b>Borda da ferida:</b> <input type="checkbox"/> Difusa <input type="checkbox"/> Aderida <input type="checkbox"/> Descolada <input type="checkbox"/> Desnivelada <input type="checkbox"/> Fibrótica <input type="checkbox"/> Hiperqueratosa <input type="checkbox"/> Macerada	<b>Condição da pele perilesional</b> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> Eczema/ seca <input type="checkbox"/> Presença de eritema <input type="checkbox"/> Queratose: <input type="checkbox"/> Outra	<b>Grau de contaminação:</b> <input type="checkbox"/> Limpa <input type="checkbox"/> Contaminada
--	--	--	--	--	--

<b>Mensuração da ferida:</b> Plana: Largura _____ cm Comprimento _____ cm Cavitária: Largura _____ cm Comprimento _____ cm Profundidade _____ cm	<b>Avaliação da dor:</b>  ESCALA VISUAL ANALÓGICA - EVA Ao curativo: _____ Entre curativos: _____	<b>Localização:</b> _____ _____ _____ _____ _____
---	---	--

<b>Curativo</b>	<b>Uso de cobertura primária?</b>	<b>Materiais utilizados</b>
<b>Analgesia antes do curativo?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<b>Solução de limpeza</b> <input type="checkbox"/> Solução fisiológica 0,9% <input type="checkbox"/> Outra _____	<input type="checkbox"/> Sim _____ _____ <input type="checkbox"/> Não _____ _____

**Orientações para o preenchimento da ficha:**

1. Para cada lesão encontrada (exceto lesões satélites) será designada uma ficha
2. Preencher os campos por linha (horizontal) e não por coluna (vertical)
3. Preencher os campos com caneta azul ou preta
4. Preencher o campo correspondente a lesão encontrada (Lesão cutânea OU Lesão tumoral)