

FICHA DE AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DE LESÃO POR PRESSÃO
AUTORES: Lucas Geovane dos Santos Rodrigues; Marinara de Nazaré Araújo Lobato;
Alzinei Simor; Marcia Helena Machado Nascimento.

Identificação do Paciente

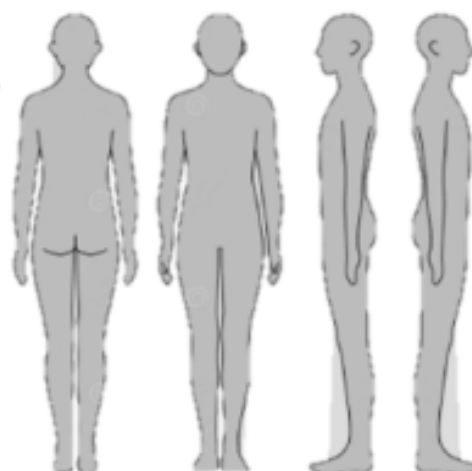
- Nome: _____
- Data de nascimento: ___/___/___ Idade: _____
- Diagnóstico Principal: _____
- CTI/Leito: _____
- Data da Admissão: ___/___/___
- Alguma infecção presente? Se sim, qual?: _____

Avaliação Inicial da Lesão

Parte 1 - Localização e Estágio da Lesão

- Marcar na imagem o local da LP:

- **Local da Lesão:**
 Sacral Coccígea Calcâneo Trocanter
 Região Occipital
 Outra: _____
- **Estágio da Lesão:**
 Estágio 1 Estágio 2
 Estágio 3 Estágio 4
 Lesão Não Estadiável
- Lesão Tissular Profunda
 Lesão por Pressão em Mucosa
 Lesão por dispositivo médico



Parte 2 - Características Morfológicas da Lesão

- **Dimensões (em cm):**
 - Largura: _____ Comprimento: _____ Profundidade: _____
- **Borda da Lesão:**
 Regular Irregular Descolada Epíbole Espessura fina Espessura espessa
- **Pele Adjacente:**
 Íntegra Hiperemiada Macerada Edematosa Descamativa
 Esclerosada
- **Tecido Predominante no Leito da Lesão:**
 Tecido de Epitelização Tecido de Granulação Tecido Necrótico
 Tecido de Esfacelo Tecido Subcutâneo Exposto
 Estruturas profundas expostas (tendões, ossos, músculos)
- **Cavitações e Tunelamento:**
 - **Presença de cavitação:** Sim Não
 - **Profundidade:** _____
 - **Número de túneis:** _____

FICHA DE AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DE LESÃO POR PRESSÃO
AUTORES: Lucas Geovane dos Santos Rodrigues; Marinara de Nazaré Araújo Lobato;
Alzinei Simor; Marcia Helena Machado Nascimento.

Parte 3 - Exsudato

- **Quantidade:**
 Nenhum Escasso Moderado Abundante
- **Tipo:**
 Seroso Sanguinolento Purulento Serossanguinolento
- Piosanguinolento
- **Cor:**
 Transparente Amarelo Verde Marrom
- **Odor:**
 Ausente Leve Moderado Forte

Parte 4 - Intervenções Realizadas

- **Coberturas Utilizadas e fixação (primária, secundária, dentre outras):**

- **Data da Aplicação:** ___/___/___
- **Data da Troca:** ___/___/___ (ATENÇÃO)

Parte 5 - Outras Intervenções Complementares

- **Uso de Tecnologias:**
 Colchão Pneumático Dispositivos de Alívio de Pressão (coxins).
 Órteses/Próteses
- **Mudança de Decúbito:**
 A cada 2 horas Outra Frequência: _____ Não realizada, justificar:
- **Mobilidade:** Independente Dependente Parcial Totalmente Dependente
- **Hidratação da Pele Adjacente:**
 Realizada Não Realizada
 - Produto Utilizado: _____

Parte 6 - Monitoramento Adicional

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Evolução da Lesão:<ul style="list-style-type: none">○ Redução do tamanho: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não○ Alteração no tecido: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não○ Redução do exsudato: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não○ Melhora do odor: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não• Complicações:
<input type="checkbox"/> Infecção <input type="checkbox"/> Dor intensa <input type="checkbox"/> Hemorragia
<input type="checkbox"/> Outras: _____ | <ul style="list-style-type: none">• Dieta:
<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> NPP <input type="checkbox"/> Zero• Fazendo uso de anticoagulante?
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Qual?: _____
_____• Uso de droga vasoativa?
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Qual?: _____
_____ |
|--|--|

Parte 7 - Observações Adicionais:

Assinatura e carimbo Enfermeiro(a)