

ROTEIRO INSTRUCIONAL

COLETA DE DADOS DIRECIONADA AO ADULTO E/OU IDOSO HOSPITALIZADO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____
Nome Social: _____ Data de Nascimento: ____/____/____
Autoreferência: Raça: _____ Gênero: _____ Identidade de Gênero: _____
Escolaridade: _____ Profissão: _____ Estado civil: _____
Acompanhante: _____
Procedência: _____ Data de admissão: ____/____/____
Número Prontuário/Registro: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

ANAMNESE

1. PADRÃO PERCEPÇÃO DE SAÚDE

Queixa atual: _____
Histórico da queixa atual: _____
Diagnóstico(s) médico(s): _____
Tratamento atual/Medicamentos em uso e seus respectivos horários: _____
Realiza o tratamento indicado: () Sim () Não
Antecedentes clínicos pessoais: _____
Antecedentes clínicos familiares: _____
Tabagista: () Sim () Não Se sim, quantidade: ____/dia.
Etilista: () Sim () Não Se sim, quantidade: ____/semana.
Uso de outras drogas: () Sim () Não Se sim, qual(is): _____
Alergias: () Sim () Não Se sim, especificar: _____
Outras informações relevantes: _____

2. PADRÃO NUTRIÇÃO E METABOLISMO

Peso (último verificado): ____ kg Mudança recente/significativa: () Não () Ganho () Perda Se ganho ou perda: ____ kg
Altura (última verificada): ____ m IMC: ____ kg/m².
Tipo de dieta/alimentos que costuma ingerir: _____
() Mastigação preservada () Mastigação comprometida
() Deglutição preservada () Deglutição comprometida

Prótese dentária: Sim Não
Sonda Nasogástrica: Sim Não
Sonda Nasoenteral: Sim Não
Qual a quantidade de líquidos que costuma ingerir/dia: _____
Restrição alimentar: Sim Não Se sim, qual: _____
Restrição hídrica: Sim Não Se sim, qual/quantidade: _____
Outras informações relevantes:

3. PADRÃO ELIMINAÇÃO

Eliminação urinária: Sem alterações Polaciúria Poliúria Oligúria Nictúria Incontinência Disúria
Outra(s) alteração(ões) relevante(s): _____
Uso de dispositivo para eliminação ou controle urinário: Sim Não Tipo: _____
Eliminação gastrointestinal: Sem alterações Náusea Vômito Gastralgia Constipação Diarréia Hematoquezia
 Melena Outra(s) alteração(ões) relevante(s): _____
Uso de dispositivo para eliminação ou controle intestinal: Sim Não Tipo: _____
Outras informações relevantes:

4. PADRÃO ATIVIDADE E EXERCÍCIO

Autocuidado: Preservado Parcialmente comprometido Comprometido
Mobilidade: Preservada Parcial Comprometida
Deambulação: Preservada Com auxílio Comprometida
Precisa de auxílio para: _____
Uso de algum dispositivo para auxiliar na mobilidade/deambulação: Sim Não Tipo: _____
Indicação de restrição de movimento: Sim Não Características: _____
Possui histórico de queda(s): Sim Não
Realiza exercício físico: Sim Não Se sim, qual: _____ frequência: _____/semana
Outras informações relevantes:

5. PADRÃO SONO E DESCANSO

Refere sono: Satisfatório Insatisfatório
Relata que sono é: Restaurador Parcialmente restaurador Não restaurador
Faz uso de medicamentos ou algum recurso não medicamentoso para dormir: Sim Não
Se sim, qual(is): _____
Apresenta dificuldade para iniciar o sono: Sim Não Atribui isso à: _____
Horas de sono: _____/dia
Outras informações relevantes:

6. PADRÃO COGNIÇÃO E PERCEPÇÃO

Nível de consciência: () Alerta () Torpor () Coma

Resposta verbal: () Orientada () Confusa () Palavras sem sentido () Sons incompreensíveis () Sem resposta

Obedece a comandos: () Sim () Não

Alega memória prejudicada: () Sim () Não

Outras informações relevantes:

7. PADRÃO AUTOPERCEPÇÃO E AUTOCONCEITO

Autoimagem: () Preocupação com imagem corporal () Preocupação com parte do corpo acometido pela doença/condição de saúde () Preocupação com a perda da funcionalidade de parte do corpo () Não apresenta preocupação com a autoimagem

Sentimento(s) expresso(s) sobre si: () Tranquilidade () Preocupação () Raiva () Ansiedade () Medo

Outros: _____

Ações expressas: Confiança () Falta de confiança () Recusa de autocuidado () Recusa a olhar no espelho () Choro

Outras: _____

Atribui sentimentos/ações a: _____

Outras informações relevantes:

8. PADRÃO PAPEL E RELACIONAMENTOS

Relata que a doença/condição de saúde o(a) afastou de suas atividades laborais: () Sim () Não

Refere que a doença/condição de saúde o(a) afastou de suas atividades de lazer: () Sim () Não

Relações familiares: () Presentes () Parciais () Ausentes

Relações com amigos: () Presentes () Parciais () Ausentes

Alega interação social: () Satisfatória () Não satisfatória. Atribui isso à: _____

Se sente útil: () Sim () Não Justificativa: _____

Outras informações relevantes:

9. PADRÃO SEXUALIDADE E REPRODUÇÃO

Atividade sexual: () Inexistente () Existente e satisfatória () Existente, mas não satisfatória

Apresenta doença(s) sexualmente transmissível(is): () Sim () Não Se sim, qual: _____ tratamento: () Sim () Não

Número atual de parceiros: _____

Faz uso de preservativos: () Sim () Não

Utiliza método contraceptivo: () Sim () Não Se sim, qual: _____

Outras informações relevantes:

10. PADRÃO TOLERÂNCIA AO ESTRESSE

Estágio de reconhecimento quanto à doença/condição de saúde: () Aceitação () Depressão () Barganha () Raiva () Negação
Sentimentos e atitudes em relação à doença/condição de saúde: () Esperança () Descrença sobre tratamento () Recusa de tratamento () Ausência de pensamento para o futuro () Verbalização aumentada das necessidades () Verbalização diminuída das necessidades.

Outras informações relevantes:

11. PADRÃO VALORES E CRENÇAS

Expressa desejo de se conectar a consigo mesmo, com outros e/ou com um poder maior: () Sim () Não

Se sim, como: _____

Se não, justificativa: _____

Se necessário, se sentiria capaz de tomar decisões sobre sua doença/condição de saúde: () Sim () Não

Apresenta religião: () Sim () Não Se sim, qual: _____

Desejo de conexão com suas crenças: () Sim () Não Se sim, como: _____

Outras informações relevantes:

EXAME FÍSICO

PELE E ANEXOS

Pele: () Preservada () Prurido () Petéquias () Equimose () Hematomas () Icterícia () Escoriação/Com ruptura

Mucosas: () Normocoradas () Hipocoradas () Hiperacoradas

Lesões: () Sim () Não Local/Características: _____

Curativos: () Sim () Não Tipo: _____

() Edema: ____/4+, localização: _____

Outras informações relevantes:

CABEÇA E PESCOÇO

Cabeça: () Sem alterações () Abaulamento/Depressão () Massas palpáveis () Lesão () Alopecia () Pediculose em cabelos

Pescoço: () Sem alterações () Linfonodo(s) palpável(is), qual(is): _____

Tireoide: () Não palpável () Palpável () Móvel

() Pulso carotídeo direito palpável () Pulso carotídeo esquerdo palpável

Outras informações relevantes:

TÓRAX

Inspeção:

Simétrico Assimétrico Massa/Nódulo, local: _____ Abaulamento, local: _____

Palpação:

Expansibilidade bilateral preservada Expansibilidade diminuída no(s) lado(s): _____

Presença de frêmito toracovocal/brônquico

Percussão:

Som claro pulmonar Som maciço Som timpânico

Ausulta:

Murmúrios broncovesiculares Estertores Sibilos Roncos Estridor Atrito pleural

Sons cardíacos normorritmicos Taquicardia Bradicardia Sopros Presença de B3 e/ou B4

Outras informações relevantes:

ABDOMEN

Inspeção:

Simétrico Assimétrico Plano Globoso Ascítico Escavado Em Avental

Ausulta:

Ruídos hidroaéreos presentes Ruídos hidroaéreos hipoativos Ruídos hidroaéreos hiperativos Ruídos hidroaéreos não audíveis

Percussão:

Timpânico Maciço Submaciço

Palpação:

Sem alterações Massa, local: _____ Dor, local: _____

Outras informações relevantes:

PELVE

Genitália: Sem alterações Alterações, quais: _____

Outras informações relevantes:

MEMBROS SUPERIORES

Simétricos Assimétricos

Normocorados Pálidos Cianóticos

Articulação preservada Articulação comprometida

Presença de acesso venoso salinizado Presença de soroterapia/antibióticoterapia/hemoterapia

Sensibilidade preservada Sensibilidade comprometida, local: _____

Pulso braquial direito palpável Pulso braquial esquerdo palpável

Pulso radial direito palpável Pulso radial esquerdo palpável

Outras informações relevantes:

MEMBROS INFERIORES

Simétricos Assimétricos

Normocorados Pálidos Cianóticos

Articulação preservada Articulação comprometida

Presença de acesso venoso salinizado Presença de soroterapia/antibióticoterapia/hemoterapia

Sensibilidade preservada Sensibilidade comprometida, local: _____

Pulso femoral direito palpável Pulso femoral esquerdo palpável

Pulso tibial direito palpável Pulso tibial esquerdo palpável

Pulso pedioso direito palpável Pulso pedioso esquerdo palpável

Outras informações relevantes:

Observações: _____

Responsável pela Coleta de Dados: _____