

## 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/m <sup>2</sup> .	
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: \_\_\_\_\_