

## Formulário de avaliação do paciente com feridas

### IDENTIFICAÇÃO

Nome:			CPF:
Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Data de nascimento:	Idade:	Escolaridade:
Ocupação:	Estado civil:		Nº Filhos:
Pessoas que residem juntas:		Renda familiar:	Tipo de moradia:
Endereço:			Telefone:

### HPP E COMORBIDADES

<input type="checkbox"/> DM I <input type="checkbox"/> DM II <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> Obesidade <input type="checkbox"/> Desnutrição <input type="checkbox"/> Neoplasia <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> Doença vascular <input type="checkbox"/> HIV/SIDA <input type="checkbox"/> Insuficiência hepática <input type="checkbox"/> Insuficiência renal <input type="checkbox"/> DPOC <input type="checkbox"/> Doença hematológica <input type="checkbox"/> Doença neurológica <input type="checkbox"/> Demência senil <input type="checkbox"/> Tuberculose <input type="checkbox"/> Hanseníase <input type="checkbox"/> Doença autoimune: Outro:
--

### EXAMES LABORATORIAIS

Hemoglobina glicada:	Glicemia:
Albumina:	Creatinina:
Ferritina:	Ferro sérico:
Dosagem B12:	Leucócitos:
Hemoglobina:	Hematócrito:
Outro:	

### PERFIL E ESTILO DE VIDA

<input type="checkbox"/> Tabagismo <input type="checkbox"/> Etilismo <input type="checkbox"/> Sedentarismo <input type="checkbox"/> Drogas ilícitas <input type="checkbox"/> Alergia:		
Condições de higiene: <input type="checkbox"/> Boa <input type="checkbox"/> Razoável <input type="checkbox"/> Precária		
Nº refeições diárias:	Hidratação oral:	Sono/repouso:
Eliminações vesicais: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente	Eliminações intestinais: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente	

### HISTÓRIA DA LESÃO

<input type="checkbox"/> Primeira vez	Evolução: <input type="checkbox"/> Aguda	Nº de lesões:
<input type="checkbox"/> Recidiva	<input type="checkbox"/> Crônica	
Etiologia: <input type="checkbox"/> Traumática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Mista <input type="checkbox"/> Pé diabético <input type="checkbox"/> LPP <input type="checkbox"/> Tissular profunda <input type="checkbox"/> Úlcera de Kennedy <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Oncológica <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Erisipela <input type="checkbox"/> Linfagite <input type="checkbox"/> Vasculite <input type="checkbox"/> Autoimune Outro:		

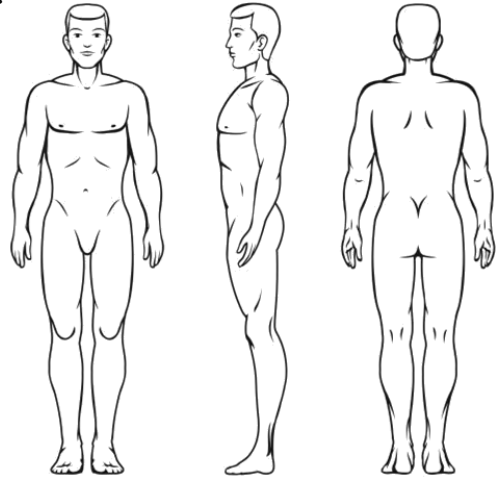
### MEDICAMENTOS EM USO

<input type="checkbox"/> Hipoglicemiantes orais <input type="checkbox"/> Anti-hipertensivos <input type="checkbox"/> Anticoagulantes <input type="checkbox"/> Quimioterápicos <input type="checkbox"/> Drogas vasoativas <input type="checkbox"/> AINES <input type="checkbox"/> Corticoides <input type="checkbox"/> Antirretroviral <input type="checkbox"/> Suplemento vitamínico <input type="checkbox"/> Insulina UI/dia:
---

### EXAME FÍSICO

PA:	Tax:	FC:	FR:
ITB:	Peso:	Altura:	IMC:
Nutrição: <input type="checkbox"/> Nutrido <input type="checkbox"/> Emagrecido <input type="checkbox"/> Obeso <input type="checkbox"/> Caquético			
Alimentação: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> SNG/SNE <input type="checkbox"/> Gastrostomia <input type="checkbox"/> Jejunostomia			
Hidratação: <input type="checkbox"/> Hidratado <input type="checkbox"/> Desidratado <input type="checkbox"/> Xeridermia			
Nível de orientação: <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Torporoso			
Força motora: <input type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Parestesia <input type="checkbox"/> Paresia <input type="checkbox"/> Plegia <input type="checkbox"/> Paralisia Local:			
Limitação física: <input type="checkbox"/> Claudicação <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Paraplégico <input type="checkbox"/> Amputação Local:			
Dor: <input type="checkbox"/> Expressão facial de dor <input type="checkbox"/> Relato verbal de dor <input type="checkbox"/> Dor a estimulação tátil Local:			
Perfusão periférica: <input type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Varizes			
Pulso pedioso: <input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Filiforme <input type="checkbox"/> Arritmico <input type="checkbox"/> Ausente			
Pulso tibial posterior: <input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Filiforme <input type="checkbox"/> Arritmico <input type="checkbox"/> Ausente			
Realizou DOPPLER: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Data do exame: Resultado:			

### Localização:



Mensuração: <input type="checkbox"/> Ferida plana <input type="checkbox"/> Ferida cavitária superficial <input type="checkbox"/> Ferida cavitária profunda Dimensões:
Tecido: <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Hipergranulação <input type="checkbox"/> Necrose de coagulação <input type="checkbox"/> Necrose de liquefação/esfacelo
Volume de exsudato: <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Baixo <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Alto
Composição do exsudato: <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sero-hemático <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Hemático/sanguinolento <input type="checkbox"/> Seropurulento <input type="checkbox"/> Pio-hemático <input type="checkbox"/> Purulento
Odor: <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Característico <input type="checkbox"/> Fétido <input type="checkbox"/> Pútrido
Bordas: <input type="checkbox"/> Indistinta <input type="checkbox"/> Aderida <input type="checkbox"/> Descolada <input type="checkbox"/> Desnivelada <input type="checkbox"/> Fibrótica <input type="checkbox"/> Epibolia <input type="checkbox"/> Hiperqueratose <input type="checkbox"/> Macerada Outro:
Pele perilesional: <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Hiperemia <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Endurecimento <input type="checkbox"/> Flutuação <input type="checkbox"/> Crepitação <input type="checkbox"/> Descamação <input type="checkbox"/> Eczema de estase Outro:

