



**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM EM UTI  
PEDIÁTRICA: PRÉ-ESCOLAR E ESCOLAR – HRO**

**DADOS GERAIS E DE SAÚDE**

**Nome:** \_\_\_\_\_ **Registro:** \_\_\_\_\_  
**Responsável legal:** \_\_\_\_\_  
**Contatos telefônicos:** \_\_\_\_\_  
 Ciente em relação aos casos de possíveis “golpes” via telefônico. ( ) Sim ( ) Não  
**Descrever motivo da internação e fatores relacionados:** \_\_\_\_\_

**NECESSIDADE PSICOBIOLOGICA**

**História pregressa e atual**

**Hospitalização prolongada:** ( ) Não se aplica ( ) Não ( ) Sim \_\_\_\_\_  
**Doença crônica e medicamento em uso:** ( ) Não se aplica ( ) Não ( ) Sim \_\_\_\_\_  
**Cirurgias anteriores:** ( ) Não se aplica ( ) Não ( ) Sim, qual (ais) e há quanto tempo: \_\_\_\_\_  
**Alergias:** ( ) Não ( ) Sim, qual (ais): \_\_\_\_\_  
**Histórico de internações anteriores:** ( ) Não ( ) Sim, motivo (s)/ data \_\_\_\_\_  
**Conhecimento insuficiente do acompanhante/cuidador**, referente as informações sobre o paciente:  
 ( ) Não ( ) Sim, sobre: ( ) Sobre história de saúde ( ) Sobre cuidados domiciliares  
 Descrever: \_\_\_\_\_

**Sono, repouso e conforto**

**Descrever hábitos de sono e repouso:** \_\_\_\_\_  
**Choro constante:** ( ) Sim ( ) Não  
**Dor:** ( ) Não ( ) Sim - ( ) Espontânea ( ) Estimulada  
**Dor aguda:** ( ) Não ( ) Sim. Descrever (tempo/localização/ intensidade): \_\_\_\_\_  
**Medidas de conforto:** ( ) Não ( ) Sim **Outros, qual:** \_\_\_\_\_

**Neurológico e locomotor**

**Descrever condições visuais e auditivas prévias:** \_\_\_\_\_  
**Pupilas:** ( ) IFR ( ) AFR \_\_\_\_\_ ( ) INR ( ) Miótica ( ) MF ( ) Midriática  
**Reflexo córneo palpebral:** ( ) Não ( ) Sim - ( ) Direito ( ) Esquerdo  
**Comunicação:**  
 ( ) Barreira mecânica (traqueostomia ou intubação) ( ) Barreira fisiológicas ( ) Diferenças culturais  
 ( ) Prejuízo no sistema nervoso central ( ) Regime de tratamento ( ) Desorientação ( ) Verbalização inadequada  
 ( ) Preservada  
**Atividade/exercício**  
 ( ) Alteração na função cognitiva ( ) Restrições prescritas de movimento ( ) Desconforto e ou dor  
 ( ) Prejuízos musculoesquelético e ou neuromusculares ( ) Movimento descoordenado (agitação)  
 Repouso no leito: ( ) Absoluto ( ) Relativo Deambulação: ( ) Indep. ( ) Depend. ( ) N deambula ( ) NA  
**Atividade Motora:**  
 ( ) Preservada ( ) Paresia ( ) Plegia Caracterização: ( ) Hemi ( ) Para ( ) Tetra  
 Localização: ( ) Direito ( ) Esquerdo ( ) Membro \_\_\_\_\_  
 Escala de Humpty Dumpty: \_\_\_\_\_

**Cardiorrespiratório**

**Pele:** ( ) Normal ( ) Pálida ( ) Escurecida ( ) Cianótica ( ) Levedos reticulares  
 Outro: \_\_\_\_\_  
 Inspeção: \_\_\_\_\_  
 Ausculta cardíaca: \_\_\_\_\_  
**Pulsos:** ( ) Cheio ( ) Filiforme ( ) Rítmico ( ) Arrítmico  
 Inspeção: \_\_\_\_\_  
 ( ) Fadiga e ou fraqueza aos esforços ( ) Dispneia ( ) Batimento da asa do nariz ( ) Excursão torácica Alterada  
 ( ) Uso aumentado da musculatura acessória ( ) Agitação ( ) Torpor ( ) Dor ( ) Estridor laríngeo  
 ( ) Diaforese (sudorese excessiva)





Condição atual: \_\_\_\_\_

( ) Distensão vesical (globo vesical) ( ) Sensação de bexiga cheia ( ) Sedimentos

( ) Oligúria ( ) Hematúria ( ) Piúria ( ) Outros: \_\_\_\_\_

**Uso de dispositivos:**

Descrever eliminação intestinal:

Condição anterior: \_\_\_\_\_

Condição atual: \_\_\_\_\_

( ) Constipação ( ) Diarreia ( ) Estomas/localização: \_\_\_\_\_

( ) **Outros:** \_\_\_\_\_

**NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS**

Sentimento de impotência: ( ) Não ( ) Sim Enfrentamento ineficaz: ( ) Não ( ) Sim

Enfrentamento defensivo: ( ) Não ( ) Sim Disposição para enfrentamento melhorado: ( ) Não ( ) Sim

Tristeza crônica: ( ) Não ( ) Sim

**Atividade de recreação / hábitos diários da criança/Controle da saúde familiar:**

A condição de saúde não possibilita em envolvimento em atividades: ( ) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica

Atividades de recreação insuficientes: ( ) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica

Frequentador de creche/escola: ( ) Sim ( ) Não Outros: \_\_\_\_\_

( ) Atividades familiares inadequadas para atingir as metas de saúde ( ) Situação de vulnerabilidade ( ) Conflito familiar

( ) Sinais/Risco de violência ( ) Dificuldades econômicas ( ) Tratamento prévios de saúde \_\_\_\_\_

**NECESSIDADES PSICOESPIRITUAL**

Tem alguma crença? \_\_\_\_\_

Assistência religiosa: ( ) Não. ( ) Sim De quem: \_\_\_\_\_

**RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO**

ENFERMEIRO COREN/SC: \_\_\_\_\_

Assinatura do paciente ou responsável pelas informações: \_\_\_\_\_