

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM EM UTI PEDIÁTRICA: RN E LACTENTE

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: _____	

NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS	
História pregressa e atual	
Peso ao nascer: _____ Estatura: _____ Apgar: _____ IG: _____ PC: _____	
Tipo de parto: () Vaginal () Cesária () Fórceps	
História vacinal: Esquema básico - () Em dia () Não sabe () Atrasado	
Teste do pezinho: () Sim () Não Teste da orelhinha: () Sim () Não	
Teste do olhinho: () Sim () Não Teste do coração: () Sim () Não	
Anomalias congênitas: _____	
Alergias: () Não () Sim, qual (ais): _____	

Doença crônica/Medicamentos que faz uso: () Não () Sim, qual (ais): _____	
Cirurgias anteriores/atual: () Não se aplica () Não () Sim, qual (ais) e há quanto tempo: _____	
Patologias do pai e mãe/história familiar: _____	

Conhecimento insuficiente do acompanhante/cuidador , referente as informações sobre o paciente: () Não () Sim, sobre: () Sobre história de saúde () Sobre cuidados domiciliares	
Sono, repouso e conforto	
Descrever hábitos de sono e repouso:	

Dor:	
Choro constante: () Sim () Não	
Medidas de conforto: () Não () Sim	
Outros, qual: _____	
Neurológico e locomotor	
<p style="text-align: center;">1º MÊS</p> <p>Barriga para cima: () Sim () Não</p> <p>Pernas e braços fletidos: () Sim () Não</p> <p>Cabeça lateralizada: () Sim () Não</p> <p>Olha a pessoa e observa: () Sim () Não</p> <p>Apresenta prazer e desconforto: () Sim () Não</p> <p>Fixa e acompanha objetos em seu campo visual: () Sim () Não</p> <p>Colocada de braços levanta a cabeça momentaneamente: () Sim () Não</p>	<p style="text-align: center;">2 A 3 MESES:</p> <p>Olha a pessoa e observa: () Sim () Não</p> <p>Apresenta prazer e desconforto: () Sim () Não</p> <p>Fixa e acompanha objetos em seu campo visual: () Sim () Não</p> <p>Sorri espontaneamente: () Sim () Não</p> <p>Colocada de braços, levanta e sustenta a cabeça apoiando-se no antebraço: () Sim () Não</p> <p>Emite sons: () Sim () Não</p> <p>Colocada de braços levanta a cabeça momentaneamente: () Sim () Não</p>

4 MESES:

Rola da posição supina para prona: () Sim () Não
Levantada pelos braços ajuda com o corpo:
() Sim () Não
Vira a cabeça na direção de uma voz ou som: () Sim () Não

5 MESES:

Reconhece quando se dirigem a ela: () Sim () Não
Senta-se sem apoio: () Sim () Não
Segura e transfere objetos de uma mão para outra:
() Sim () Não

6 A 8 MESES:

Arrasta-se ou engatinha: () Sim () Não

8 A 15 MESES:

Pega objetos utilizando o polegar e o indicador: () Sim () Não
Emprega pelo menos uma palavra com sentido: () Sim () Não
Faz gestos com a mão e a cabeça (tchau, não, bate palmas):
() Sim () Não
Anda sozinha, raramente cai: () Sim () Não
Combina pelo menos 2 ou 3 palavras: () Sim () Não
Leva os alimentos à boca com sua própria mão: () Sim () Não
Corre e/ou sobe degraus baixos: () Sim () Não

15 MESES A 21 MESES:

Diz seu próprio nome e denomina objetos como seu:
() Sim () Não
Veste-se com auxílio: () Sim () Não
Fica sobre um pé momentaneamente: () Sim () Não
Usa frases: () Sim () Não
Começa o controle dos esfíncteres: () Sim () Não

21 MESES A 2 ANOS:

Reconhece mais que duas cores: () Sim () Não
Imita pessoas do cotidiano (pai, mãe...): () Sim () Não

() Alerta () Sonolência () Agitado

GLASGOW: _____

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

ESCALA HUMPTY-DUMPTY: _____

Avaliação motora: () normal () paresia () plegia

Membro superior: () direito () esquerdo

Membro inferior: () direito () esquerdo

Condições visuais e auditivas prévias:

Cardiorrespiratório

Padrão respiratório:

() Fadiga e ou fraqueza aos esforços () Dispneia () Batimento da asa do nariz () Excursão torácica Alterada
() Uso aumentado da musculatura acessória () Estridor laríngeo () Diaforese (sudorese excessiva)

Pele: () Normal () Pálida () Escurecida () Cianótica () Levedos reticulares

Ausulta respiratória:

() MV () MV ↓ () à Esq. () à Dir. () Ápice () Base

Ruídos adventícios: () Sim () Não.

() Roncos () Sibilos () Crepitações () Estertores bolhosos ()

Qual (ais), localização: _____

Tosse: () Não se aplica () Seca () Produtiva

Presença de secreção, descrever características: _____

Ausulta cardíaca:

() Normofonéticas () Hiperfonéticas () Hipofonéticas

Dois tempos: () Sim () Não

Sopro: () sim () Não

Pulsos: () Cheio () Filiforme () Rítmico () Arritmico

Ventilação Espontânea

() Ar Ambiente () Cateter Nasal tipo óculos _____ L/min

() Máscara de Ventury _____ l/min _____ % () Máscara com reservatório _____ l/min

() T ayre dispositivo: _____

Ventilação Mecânica

() TOT () Traqueostomia

() **VMI:** Modo/modalidade _____ PEEP _____ FR _____ FIO2 _____ SPO2 _____

() **VMNI:** () Pronga () máscara

Modo/modalidade _____ PEEP _____ FR _____ FIO2 _____ SPO2 _____

Nutrição / Hidratação

Peso atual: _____ Estatura: _____

Amamentação: () Exclusiva () Não exclusiva () Interrompida

Contra-indicação a amamentação: () Não () Sim, qual: _____

Padrão de alimentação do lactente:

() Incapacidade de iniciar/coordenar e manter sucção () Deformidade orofaríngea () Prejuízo neurológico

Hábitos alimentares:

Introdução alimentar:

Quando iniciou a ingestão de alimentos, idade em meses: _____

Ingesta alimentar/ Náuseas/Deglutição

Perda súbita de peso: () Não () Sim _____

() Jejum. Quantas horas _____ Motivo: _____

() Aversão ao alimento. Descrever: _____

Alimentação Oral adequada

() Sim () Não. **Motivo:** () Interesse insuficiente pelos alimentos, () Limitação de volume () Êmese () Náusea

Outro: _____

Apresenta icterícia: () Sim () Não

Deglutição prejudicada: () Sim () Não

Motivo: () Condição respiratória () Obstrução mecânica relacionada ao tubo orotraqueal () Defeitos anatômicos adquiridos:

laringe, cavidade nasofaríngea, nasal e traqueal () Paralisia cerebral () Tosse antes de deglutir () Engasgo antes de deglutir () Dificuldade para deglutir

Tipo de dieta e volume: _____

Dispositivo para alimentação: () SNE () SNG () SOG () Gastrostomia () Jejunostomia

Outros: _____

Hidratação

Descrever hábitos de Hidratação (quanto ingere de líquidos em ml): _____

Volume de líquidos:

() Mucosas e pele secas () Alteração de turgor

Abdômen:

() Plano () Globoso () Flácido () Rígido

Doloroso a palpação: () sim () não

Ausulta abdominal:

RHA: () presentes () ausentes () hipoativos () hiperativos

Percussão: () Timpânico () Maciço () Hipertimpânico

Pele e mucosa

Presença de Lesão oral: () sim () não Descreva: _____

Edema local/cacifo: _____

Braden Q: _____

Lesão prévia () Na () Estomas () FO () Flebites () Hematomas () Escoriações () DAI

SEGURANÇA

() Normotérmico () Hipertérmico () Hipotérmico () Calafrios

Acesso: () periférico () central () PICC Local: _____

() Doença autoimune () Imunodeficiência () Imunossupressão

Qual: _____

Pulseiras de identificação: () Sim () Não

() isolamento () risco de queda () lesão por pressão () alergias

Eliminação urinária e intestinal

Função urinária

() Espontânea em fralda () Dispositivos

Descrever: _____

Função gastrointestinal

() Constipação () Diarreia () Estomas/localização: _____

NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

Atividade de recreação / Hábitos diários da criança:

Hospitalização prolongada: () Sim () Não () Não se aplica

Frequentador de creche/escola: () Sim () Não () Não se aplica

Outros: _____

Controle da saúde familiar:

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

() Sinais/Risco de violência () Dificuldades econômicas () Regime de tratamento complexo

NECESSIDADES ESPIRITUAIS

Crença familiar:

Assistência Religiosa () sim () não De quem: _____

Horário: Segunda, quarta e sexta feira das 17:30 às 18:30

RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO

Nome e Assinatura: _____

Coren/SC: _____

Assinatura do responsável pelas informações: _____