

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM PEDIÁTRICA: RECÉM-NASCIDO 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: _____

Patologias prévias diagnosticadas no pré-natal: _____

Histórico familiar ou gestacional: _____

NECESSIDADE PSICOBIOLOGICA

História pregressa e atual

Tipo de parto: () Vaginal () Cesária () Fórceps

História vacinal: Esquema básico () Em dia () Não sabe () Atrasado () >2kg

Teste do pezinho: () Sim () Não **Teste da orelhinha:** () Sim () Não

Teste do olhinho: () Sim () Não **Teste do coração:** () Sim () Não

Anomalias congênitas: _____

Controle da saúde familiar: () Não () Sim

Se sim, qual (ais): _____

Alergias: () Não () Sim

Se sim, qual (ais): _____

Tratamento prévio de saúde :Medicamentos que faz uso:

Se sim, qual(ais): _____

Cirurgias anteriores: () Sim () Não () Não se aplica

Se sim, qual (ais) e há quanto tempo: _____

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: () Nenhum ()Ninho () Coxins () Protetor incubadora () Touca/sapato

Outros, qual: _____

Neurológico/locomotor/ crescimento e desenvolvimento

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 _____

1º MÊS

Barriga para cima: () Sim () Não Pernas e braços fletidos: () Sim () Não Cabeça lateralizada: () Sim () Não

Olha a pessoa e observa: () Sim () Não Apresenta prazer e desconforto: () Sim () Não Fixa e acompanha objetos em seu campo visual: () Sim () Não

Escala de Humpty Dumpty: _____

Cardiorrespiratório

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

Outro: _____

Inspeção: _____

Ausculat 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)

Ausculat respiratória:

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

Ruídos adventícios: () Sim () Não.

Qual (ais), localização: _____

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

Presença de secreção, descrever características: _____

Palpação: _____

Percussão: _____

() Ventilação Espontânea

() Ar Ambiente () Cateter Nasal tipo óculos _____ L/min () Máscara de Ventury _____ l/min _____ % () Campânula

() Oxigênio em incubadora () Máscara com reservatório _____ l/min () T ayre dispositivo: _____

() Ventilação Mecânica

() TNT () TOT () Traqueostomia () **VMI:** Modo/modalidade _____ PEEP _____ FR _____ FIO2 _____

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

Nutrição/Hidratação

Peso ao nascer: _____ Peso atual: _____ Estatura: _____ PC: _____ Apgar: _____ / _____ IG: _____

Ingesta alimentar/ Náuseas/Deglutição

() Jejum. Quantas horas _____ Motivo: _____

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

() Déficit neurológico () Tosse antes de deglutir

Tipo de dieta e volume: _____

Dispositivo para alimentação: () SNG () SOG

Abdomen:

Inspeção: () Plano () Globoso () Flácido () Ditendido () Rígido

Auscultas RHA: () Presente () Ausente () Diminuído () Aumentados Percussão: () Timpânico () Maciço () hipertimpânico () Doloroso Palpação () Indolor Palpação

Hidratação

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

Volume de líquidos:

() Mucosas e pele secas () Alteração de turgor

Pele e Mucosa

Presença de lesão oral: () Sim () Não Qual: _____

() Edema local(is)/classificação: _____

Escala de Braden Q _____

Lesão Prévia () NA () LPP () Estomas () FO () Flebites () hematoma () escoriações () DAI

Segurança

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

Glicemia alterada: () Não () Sim. Valor _____

Acesso venoso: Tipo _____

Local: _____

() Doença autoimune () Imunodeficiência () Imunossupressão

Qual: _____

Pulseira de identificação () sim () não

() Isolamento () Risco lesão por pressão () Risco de quedas () Alergias

Eliminação urinária e intestinal

Descrever eliminação urinária: _____

Condição anterior: _____

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

Hábitos diários da criança/Controle da saúde familiar:

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

() 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: _____