



INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM: PRÉ-ESCOLAR

DADOS GERAIS E DE SAÚDE
Nome: _____ Registro: _____
Gênero: _____
Setor: UTI PED Leito: _____ Data da Internação: _____
Responsável pelas informações: _____
Quem é a pessoa de referência: _____ Contato: _____
Responsável legal: _____ Contato: _____
Ciente em relação aos casos de possíveis “golpe” via telefônico/whatsApp () Sim () Não
Motivo da internação: _____

NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS:
História pregressa e atual
Doença prévia () não () sim qual (ais)? _____
Tratamento de saúde () não () sim qual (ais)? _____
Medicamento (s) que faz uso () não () sim qual (ais)? _____
Internações anteriores nos últimos 12 meses? () não () sim, motivo: _____
Cirurgias anteriores: () não () sim qual (ais)/ tempo? _____
Alergias: () não () sim qual (ais)? _____
Vacinação nos últimos 12 meses: () não () sim, qual? _____
Viagem nos últimos 12 meses: () Não () Sim, local: _____
Tabagismo passivo: () não () sim tempo _____
quantidade/dia _____
Sono, repouso e conforto
Alteração no padrão de sono () Sim () Não
Descreva: _____
Uso de medicação para dormir: () Sim () Não Fitoterápicos: () Sim () Não Quais: _____
Relato de dor: _____
Situação de dor: () Inferior a 6 meses () Superior a 6 meses
Característica: _____
Localização: _____
Intensidade: () Leve () Moderada () Intensa
Fator desencadeante: _____

Neurológico e locomotor
Glasgow _____ RASS _____ Escala de Humpty Dumpty: _____
Comunicação: () disfasia () afasia () disartria () outros _____
Avaliação motora: () Normal () Paresia () Plegia
Caracterização: () Hemi () Para () Tetra
Localização: () Direito () Esquerdo Membro _____
Avaliação sensitiva: () Normal () Parestesia Local: _____

Deambula: () Sem auxilio () Com auxilio () Restrito ao leito () Acamado
Descrever condições visuais e auditivas prévia: _____
Cardiorrespiratório
() Eupneico () Fadiga e ou fraqueza aos esforços () Dispnéia () Agitação () Diaforese () Uso aumentado da musculatura acessória () Cateter Nasal tipo óculos _____ l/min () Máscara de Ventury _____ l/min _____ % () Máscara reinalante _____ l/min () VNI _____ () T ayre () TNT () TOT () Espaço Morto _____ cm RL _____ () VMI : Modo: PEEP _____ FR _____ FIO2 _____ SPO2 _____ () VMNI : () Traqueostomia () Pronga () mascara Modo: () CPAP () PEEP _____ () FIO2 _____ SPO2 _____ TQT _____ l/min Tipo: () Metal () Descartável N°: _____ Saturação: _____ % Ausculta Pulmonar: () MV () MV ↓ () à esq. () à Dir. () Ápice () Base () Roncos () Sibilos () Crepitações () Estertores bolhosos () Tosse () Seca () Produtiva () Presença de secreção Descrever: _____ Ausculta Cardíaca: () Normofonética () Hiperfonética () Hipofonética () dois tempos () sopro Descrever: _____ Pulso: () Regular () Irregular () Cheio () Fino
Hidratação e Nutrição
Peso atual: _____ Altura: _____ Alteração recente de peso: () Sim () Não Quanto Kg: _____ Em quanto tempo: _____ Descrever hábitos de hidratação (quanto ingere de água em ml): _____ Hábitos alimentares pregressos: _____ () Jejum Quantas horas: _____ Motivo: _____ Alimentação oral adequada () Sim () Não () Aversão ao alimento () Intolerância(s): Descrever: _____ () Tosse () Engasgo Deglutição prejudicada: () Sim () Não. Motivo: _____ Náusea () Sim () Não Vômitos () Sim () Não Aspecto: _____ Fator desencadeante: _____ Frequência: _____ () Nutrição enteral () Gastrostomia () Jejunostomia () SNE () Nutrição parenteral Tipo de dieta, volume e frequência: _____ Abdomen: () Plano () Globoso () Flácido () Distendido () Doloroso à palpação () Indolor a palpação Ausculta RHA: () Presentes () Ausentes () Diminuídos () Aumentados Percussão: () Timpânico () Maciço () Hipertimpânico
Pele e mucosa
Presença de lesão: () Sim () Não Qual: _____ Alteração de turgor: () pele () língua Língua saburrosa: () Sim () Não () Higiene oral inadequada () Higiene oral adequada

Aparelho ortodôntico
Outro(s)/Descrever: _____
 Edema local(is)/classificação: _____
Escala de Braden Q _____
Lesão Prévia NA LPP Estomas FO Flebites hematoma escoriações
DAI _____

Segurança

Normotérmico Hipertérmico Hipotérmico Calafrios
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

Com quem reside: _____
 Expressão de desesperança Verbalização de desejo de morrer
 Ansiedade Choro Irritabilidade/Inquietação
Relatos adicionais: _____
Conhecimento insuficiente do acompanhante/ cuidador, referente as informações sobre o paciente: não sim
 sobre história de saúde sobre cuidados domiciliares outros: _____
 Sem Informações prévias, ausência de cuidado _____

Patologias do pai e mãe/história familiar:

Atividade de recreação / hábitos diários:

Hábitos de lazer: _____
A condição de saúde não possibilita em envolvimento em atividades: sim não não se aplica

Atividades de recreação insuficientes: sim não não se aplica

Hospitalização prolongada: sim não não se aplica

Frequentador de instituição de ensino: sim não não se aplica

O que podemos utilizar como distração _____

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 PSICOESPIRITUAIS

Tem alguma crença? _____

Assistência religiosa: () Não. () Sim De quem: _____

RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO

ENFERMEIRO COREN/SC: _____

Assinatura do paciente ou responsável pelas informações: _____