

UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA – UDESC
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE – MPEAPS

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO INICIAL PARA CONSULTA DO ENFERMEIRO
ÀS PESSOAS COM CONDIÇÕES PÓS-COVID-19

Autores:

Mestranda Marisa Gomes dos Santos
 Prof^ª. Dr^ª. Edlamar Kátia Adamy
 Prof^ª. Dr^ª. Marcia Regina Cubas

	UDESC UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA	UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA UDESC MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE - MPEAPS
INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO INICIAL PARA A CONSULTA DO ENFERMEIRO A SUSPEITOS DE CONDIÇÕES PÓS COVID-19		
DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS:		
Nome: _____ Idade: _____		
Cartão SUS: _____ Nº do prontuário: _____		
Data de Nascimento: _____ Naturalidade: _____		
Estado civil: () Solteira () Casada () Viúva () Divorciada () União estável () Outros		
Raça/cor da pele: () Branca () Negra () Parda () Amarela () Indígena () outra () prefiro não informar		
Religião: () Católica () Evangélica () Budismo () Espírita () Ateu () Agnóstico () Outra		
Escolaridade: () Educação infantil () Fundamental () Médio () Superior/ Graduação () Especialização () Mestrado () Doutorado () Pós-doutorado		
Profissão: _____		
Ocupação: () Do lar () Empregada () Desempregado () Aposentado () Agricultor () Emprego informal () Autônomo () Outra		
Número de filhos: () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () mais de 5		
Renda familiar líquida: () renda mensal domiciliar até R\$ 2,9 mil () renda mensal domiciliar entre R\$ 2,9 mil e R\$ 7,1 mil () renda mensal domiciliar entre R\$ 7,1 mil e R\$ 22 mil () renda mensal domiciliar superior a R\$ 22 mil		
Número de pessoas residentes no domicílio: () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () acima de 6		
Domicílio: () próprio () Alugado () Cedido		
Número de cômodos: () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () acima de 6		
Endereço: _____ Cidade: _____		
() Zona Rural () Urbana		
HISTÓRICO DA COVID-19:		
Infecções por COVID-19: () 1 vez () 2 vezes () 3 vezes () 4 vezes () mais de 4 vezes		
Tempo da última infecção, entre: () 3 meses a 6 meses () 6 meses a 12 meses () mais de 12 meses		
Internação hospitalar: () Sim () Não Nº de internações: () 1 () 2 () 3 () mais de 3		
Quanto tempo: ___ dias		
Onde: () Hospital de campanha () Enfermaria () Enfermaria de média complexidade () UTI () outro: _____		
Tratamento específico para COVID-19 () Sim () Não Qual: _____		

Adesão ao tratamento: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Vacina da COVID-19: _____				
(<input type="checkbox"/>) Nenhuma dose (<input type="checkbox"/>) 1 dose (<input type="checkbox"/>) 2 doses (<input type="checkbox"/>) 3 doses (<input type="checkbox"/>) 4 doses (<input type="checkbox"/>) vacina bivalente				
Vacinação COVID-19: (<input type="checkbox"/>) Antes da infecção (<input type="checkbox"/>) após a infecção				
Queixa Principal atual:				
PATOLOGIAS	PRÉ COVID-19	TRANS COVID-19	PÓS COVID-19	OBSERVAÇÕES
HAS	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
AVC	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
DM	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Cardiopatias	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Função Renal	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterada	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterada	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterada	
Saúde mental	<input type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Depressão <input type="checkbox"/> Pânico <input type="checkbox"/> Medo <input type="checkbox"/> Outro transtorno psicológico, qual?	<input type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Depressão <input type="checkbox"/> Pânico <input type="checkbox"/> Medo <input type="checkbox"/> Outro transtorno psicológico, qual?	<input type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Depressão <input type="checkbox"/> Pânico <input type="checkbox"/> Medo <input type="checkbox"/> Outro transtorno psicológico, qual?	
MEDICAÇÕES	PRÉ COVID-19	TRANS COVID-19	PÓS COVID-19	OBSERVAÇÕES
Uso contínuo/ controlado	<input type="checkbox"/> Sim Quais: <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim Quais: <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim Quais: <input type="checkbox"/> Não	
HÁBITOS DE SAÚDE	PRÉ COVID-19	TRANS COVID-19	PÓS COVID-19	OBSERVAÇÕES
Tabagismo	<input type="checkbox"/> Sim Cigarros dia: <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim Cigarros dia: <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim Cigarros dia: <input type="checkbox"/> Não	
Alcoolismo	<input type="checkbox"/> Sim Quantidade dia: <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim Quantidade dia: <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim Quantidade dia: <input type="checkbox"/> Não	
Atividade física	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
GERAL	PRÉ COVID-19	TRANS COVID-19	PÓS COVID-19	OBSERVAÇÕES
Nível de consciência	<input type="checkbox"/> com alterações <input type="checkbox"/> sem alterações	<input type="checkbox"/> com alterações <input type="checkbox"/> sem alterações	<input type="checkbox"/> com alterações (<input type="checkbox"/>) sem alterações	
Memória	<input type="checkbox"/> Preservado <input type="checkbox"/> Alterado	<input type="checkbox"/> Preservado <input type="checkbox"/> Alterado	<input type="checkbox"/> Preservado <input type="checkbox"/> Alterado	
Cefaleia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Alopecia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Sono	<input type="checkbox"/> Preservado <input type="checkbox"/> Alterado	<input type="checkbox"/> Preservado <input type="checkbox"/> Alterado	<input type="checkbox"/> Preservado <input type="checkbox"/> Alterado	
Visão	<input type="checkbox"/> Íntegra <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Cegueira	<input type="checkbox"/> Íntegra <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Cegueira	<input type="checkbox"/> Íntegra <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Cegueira	
Audição	<input type="checkbox"/> Íntegra <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Surdez	<input type="checkbox"/> Íntegra <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Surdez	<input type="checkbox"/> Íntegra <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Surdez	
Olfato	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado	
Paladar	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Normal	

	<input type="checkbox"/> Alterado	<input type="checkbox"/> Alterado	<input type="checkbox"/> Alterado	
Fala	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterada	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterada	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterada	
Apetite	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado	
Peso		<input type="checkbox"/> Aumentou <input type="checkbox"/> Diminuiu <input type="checkbox"/> Manteve	<input type="checkbox"/> Aumentou <input type="checkbox"/> Diminuiu <input type="checkbox"/> Manteve	
Dispneia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Tosse	<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Produtiva <input type="checkbox"/> Não produtiva	<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Produtiva <input type="checkbox"/> Não produtiva	<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Produtiva <input type="checkbox"/> Não produtiva	
Frequência cardíaca	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterada	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterada	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterada	
Pressão Arterial Sistêmica	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterada	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterada	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterada	
Glicemia	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterada	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterada	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterada	
Cansaço	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Mialgia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Mobilidade física	<input type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Alterada	<input type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Alterada	<input type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Alterada	
Atividade sexual	<input type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Disfunção <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Disfunção <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Disfunção <input type="checkbox"/> Ausente	
Eliminação Vesical	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterada	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterada	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterada	
Eliminação intestinal	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterada	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterada	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterada	
REDE DE POIO	PRÉ COVID-19	TRANS COVID-19	PÓS COVID-19	OBSERVAÇÕES
Apoio familiar	<input type="checkbox"/> Sim De quem: <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim De quem: <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim De quem: <input type="checkbox"/> Não	
Interação social	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcial	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcial	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcial	
AUTOPERCEPÇÃO SOBRE A IMPORTÂNCIA DA RELIGIÃO	PRÉ COVID-19	TRANS COVID-19	PÓS COVID-19	OBSERVAÇÕES
	<input type="checkbox"/> Muito importante <input type="checkbox"/> Importante <input type="checkbox"/> Pouco importante <input type="checkbox"/> Nada importante	<input type="checkbox"/> Muito importante <input type="checkbox"/> Importante <input type="checkbox"/> Pouco importante <input type="checkbox"/> Nada importante	<input type="checkbox"/> Muito importante <input type="checkbox"/> Importante <input type="checkbox"/> Pouco importante <input type="checkbox"/> Nada importante	
AUTOPERCEPÇÃO SOBRE AS NECESSIDADES DE CUIDADO	PRÉ COVID-19	TRANS COVID-19	PÓS COVID-19	OBSERVAÇÕES
	<input type="checkbox"/> Sem auxílio <input type="checkbox"/> Com auxílio	<input type="checkbox"/> Sem auxílio <input type="checkbox"/> Com auxílio	<input type="checkbox"/> Sem auxílio <input type="checkbox"/> Com auxílio	
Observações:				
Enfermeira: _____ COREN: _____ Data: ____/____/____				

Nota: SUS – Sistema Único de Saúde; UTI – Unidade de Terapia Intensiva; HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica; AVC – Acidente Vascular Cerebral; DM – Diabetes Mellitus