



INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM: ADOLESCENTE

DADOS GERAIS E DE SAÚDE	
Nome: _____	Registro: _____
Nome social: _____	
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)?

() Quimioterapia/Fase do Tratamento: _____	
() Radioterapia/Fase do tratamento: _____	
Terapia(s) alternativa(s) () 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: () não () passivo ()	sim tempo _____
quantidade/dia _____	
Alcoolismo: () não () sim	tempo/ tipo _____ quantidade/dia

Drogas Ilícitas: () não () sim	tempo/ tipo _____ 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 auxílio () Com auxílio () Restrito ao leito () Acamado

Descrever condições visuais e auditivas prévia: _____

Cardiorrespiratório

() Eupneico () Fadiga e ou fraqueza aos esforços () Dispneia () 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

Quantos Kg: _____ Em quanto tempo: _____

Descrever hábitos de hidratação (quanto ingere de água em ml): _____

Hábitos alimentares progressos: _____

() Jejum Quantas horas: _____

<p>Motivo: _____</p> <p>Alimentação oral adequada () Sim () Não</p> <p>() Aversão ao alimento</p> <p>() Intolerância(s): Descrever: _____</p> <p>() Tosse () Engasgo</p> <p>Deglutição prejudicada: () Sim () Não. Motivo: _____</p> <p>Náusea () Sim () Não</p> <p>Vômitos () Sim () Não</p> <p>Aspecto: _____</p> <p>Fator desencadeante: _____</p> <p>Frequência: _____</p> <p>() Nutrição enteral () Gastrostomia () Jejunostomia () SNE</p> <p>() Nutrição parenteral</p> <p>Tipo de dieta, volume e frequência:</p> <p>_____</p> <p>Abdomen: () Plano () Globoso () Flácido () Distendido</p> <p>() Doloroso à palpação () Indolor a palpação</p> <p>Ausculta RHA: () Presentes () Ausentes () Diminuídos () Aumentados</p> <p>Percussão: () Timpânico () Maciço () Hipertimpânico</p>
<p>Pele e mucosa</p> <p>Presença de lesão: () Sim () Não</p> <p>Qual: _____</p> <p>Alteração de turgor: () pele () língua</p> <p>Língua saburrosa: () Sim () Não () Higiene oral inadequada () Higiene oral adequada</p> <p>() Aparelho ortodôntico</p> <p>Outro(s)/Descrever:</p> <p>_____</p> <p>() Edema local(is)/classificação:</p> <p>_____</p> <p>Escala de Braden _____</p> <p>Lesão Prévia/ Descrever (LPP/DAI/Estomas/FO/flebites):</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Segurança</p> <p>() Normotérmico () Hipertermico () Hipotermico () Calafrios</p> <p>Acesso venoso: Tipo _____</p> <p>Local: _____</p> <p>() Doença autoimune () Imunodeficiência () Imunossupressão</p> <p>Qual: _____</p>
<p>Eliminação urinária e intestinal</p> <p>Descrever eliminação urinária: _____</p> <p>Condição anterior: _____</p> <p>Condição atual: _____</p> <p>() Distensão vesical (globo vesical) () Sensação de bexiga cheia () Sedimentos</p> <p>() Oligúria () Hematúria () Piúria () Outros: _____</p> <p>Uso de dispositivos:</p> <p>_____</p> <p>Descrever eliminação intestinal:</p> <p>Condição anterior: _____</p> <p>Condição atual: _____</p> <p>() Constipação () Diarreia () Estomas/localização: _____</p>

() 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 cuidador

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

Nome e Assinatura: _____

COREN/SC: _____

Assinatura do paciente ou responsável pelas informações: _____