



## INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM ONCOLOGIA

Nome: _____	Registro: _____	
Setor: Oncologia	Leito: _____	Data da Internação: _____
Profissão: _____	Estado Civil _____	
Naturalidade: _____		
Endereço: _____		
Escolaridade: _____		
Responsável pelas informações: _____		

### HISTÓRICO DE SAÚDE ATUAL E PREGRESSA

Motivo da internação: \_\_\_\_\_

Ocupação/Atividade: \_\_\_\_\_

Com quem reside: \_\_\_\_\_

Quem é a pessoa de referência: \_\_\_\_\_

Contato: \_\_\_\_\_

Tem filhos ( ) Sim ( ) Não.

Número de filhos: \_\_\_\_\_

Ciente em relação aos casos de possíveis “golpe” via telefônico ( ) Sim ( ) Não.

Tratamento de saúde/Medicamentos que fez e/ ou faz uso  
(contínuos, QT, RDT)/Terapias alternativas  
( ) Não ( ) Sim

Qual(ais): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Alergias ( ) Sim ( ) Não

Qual(ais): \_\_\_\_\_

Doença crônica ( ) Sim ( ) Não

Qual(ais) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Cirurgias anteriores ( ) Sim ( ) Não

Qual(ais)/ Tempo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Vacinação nos últimos 12 meses ( ) Sim ( ) Não

Qual(ais) \_\_\_\_\_

Viagem fora de Santa Catarina nos últimos 12 meses ( ) Sim ( ) Não.

Local \_\_\_\_\_

Tabagismo ( ) Sim ( ) Não Há quanto tempo: \_\_\_\_\_ Quantidade/dia: \_\_\_\_\_

Ex-fumante/tempo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Alcoolismo ( ) Sim ( ) Não Tipo/ tempo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Quantidade/dia: \_\_\_\_\_

Drogas lícitas e ilícitas

Tipo/tempo: \_\_\_\_\_

Quantidade/dia: \_\_\_\_\_

História familiar de câncer: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Isolamento por contato ( ) Sim ( ) Não. Motivo: \_\_\_\_\_

**NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS:**

Alteração no padrão de sono ( ) Sim ( ) Não  
Descreva:

Relato de dor:

Situação de dor: ( ) Inferior a 6 meses ( ) Superior a 6 meses  
Característica:

Localização:

Intensidade:

Fator desencadeante:

Condições neuroativas (condições neurológicas prévias)  
( ) Agitação psicomotora ( ) Sonolência ( ) Confusão ( ) Torpor ( ) Obnubilação ( ) NA.  
Descrever condições visuais e auditivas prévias (Pupilas):

Comunicação:

Atividade Motora: ( ) Paresia ( ) Plegia ( ) Preservada: Caracterização: ( ) Hemi ( ) Para  
( ) Tetra Localização: Direito ( ) Esquerdo ( ) Membro \_\_\_\_\_ ( ) NA.

**Sistema cardiorrespiratório**

( ) Fadiga e ou fraqueza aos esforços ( ) Dispnéia ( ) Agitação ( ) Diaforese  
( ) Uso aumentado da musculatura acessória ( ) Respiração agônica (tipo Gasping)  
( ) Ar Ambiente ( ) Cateter Nasal tipo óculos \_\_\_\_\_l/min ( ) Máscara de Ventury  
\_\_\_\_\_l/min \_\_\_\_\_% ( ) Máscara com reservatório \_\_\_\_\_l/min ( ) TQT \_\_\_\_\_l/min ( )

Outros \_\_\_\_\_

Ausculta Pulmonar: ( ) MV ( ) MV ↓ ( ) à esq. ( ) à Dir. ( ) Ápice ( ) Base  
( ) Roncos ( ) Sibilos ( ) Crepitações ( ) Estertores bolhosos  
( ) Tosse ( ) Produtiva ( ) Seca ( ) Presença de secreção

Descrever:

Ausculta Cárdica/ Descrever:

**Hidratação, Nutrição, pele, sono/repouso****Hidratação**

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

( ) Perda súbita de peso ( ) Mucosa e pele seca Alteração de turgor: ( ) pele ( ) língua  
( ) Edema local(is)/classificação:

( ) Anasarca

**Nutrição**

Peso real: \_\_\_\_\_ Peso ideal: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_

Hábitos alimentares progressos:

**Ingestão alimentar/Deglutição**

( ) Jejum Quantas horas: \_\_\_\_\_

Motivo: \_\_\_\_\_

Aversão ao alimento.  intolerância (s) :

Descrever: \_\_\_\_\_

Alimentação oral adequada  Sim  Não. Descrever: \_\_\_\_\_

Nutrição enteral  Gastrostomia  Jejunostomia  SNE  SNG  NPT

Tipo de dieta, volume e frequência: \_\_\_\_\_

Gosto amargo na boca  Salivação aumentada  Tosse  Engasgo  Presença de secreção antes de deglutir  Deglutição prejudicada

Náusea  Sim  Não

Vômitos  Sim  Não.

Aspecto: \_\_\_\_\_

Fator desencadeante: \_\_\_\_\_

Frequência: \_\_\_\_\_

Presença de lesão oral:  Sim  Não

Qual: \_\_\_\_\_

Língua saburrosa:  Sim  Não  Higiene oral inadequada

Aparelho ortodôntico  Prótese dental

Outro (s)/ Descrever: \_\_\_\_\_

Abdomen:  Plano  Globoso  Flácido  Distendido  Doloroso à palpação  Indolor a palpação

Ausculta / RHA:  Presentes  Ausentes  Diminuídos  Aumentados

### **Lesão física**

Escala de Braden \_\_\_\_\_  baixo + 18  moderado de 12 a 17  elevado = ou - que 11

Escala de Morse: \_\_\_\_\_  baixo 0 a 25  moderado 25 a 50  alto maior que 51

Lesão Prévia/ Descrever (LPP/Estomas/FO): \_\_\_\_\_

### **Termorregulação**

Alteração da temperatura corporal prévia a internação/ Descrever: \_\_\_\_\_

Pele fria  Pele avermelhada  Pele quente ao toque  Tremor

### **Infecção**

Procedimento (s) invasivo (s): \_\_\_\_\_

Doença autoimune  Imunodeficiência  Imunossupressão  Infecção (

)Procedimento cirúrgico  Quimioterapia/ Fase do

Tratamento: \_\_\_\_\_

Radioterapia/ Fase do

tratamento: \_\_\_\_\_

Redução do nível hormonal nas mulheres

Exposição ambiental a patógenos. Descrever: \_\_\_\_\_

Descrever rede venosa: \_\_\_\_\_

### **Sono e Repouso**

Alteração no padrão de sono  Sim  Não

Descreva:

\_\_\_\_\_  
Uso de medicação para dormir: ( ) Sim ( ) Não

Fitoterápicos: ( ) Sim ( ) Não Quais:  
\_\_\_\_\_

### **Eliminação**

#### **Função urinária**

Descrever hábitos de eliminação urinária:  
\_\_\_\_\_

( ) Distensão vesical (globo vesical) ( ) Sensação de bexiga cheia ( ) Hematúria ( ) Piúria ( ) Sedimentos ( ) Oligúria

Uso de dispositivos:  
\_\_\_\_\_

Outros: \_\_\_\_\_

#### **Eliminação intestinal**

Descrever hábitos de eliminação intestinal:  
\_\_\_\_\_

( ) Constipação ( ) Diarreia ( ) Estomas

Outros: \_\_\_\_\_

### **NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS**

( ) Mudança acentuada de comportamento ( ) Enfermidade terminal

( ) Verbalização de perda de autonomia

( ) Expressão de desesperança ( ) Verbalização de desejo de morrer

( ) Presenciar a evolução do processo de morte de outros pacientes

( ) Falta de privacidade/Descrever: \_\_\_\_\_

( ) Regime de tratamento

( ) Relato/expressão de ansiedade

( ) Relato/presença de choro

( ) Presença de irritabilidade/Inquietação

Especificar: \_\_\_\_\_

Conhecimento insuficiente do paciente ( ) Sim ( ) Não

( ) Sobre história de saúde ( ) Sobre cuidados de saúde ( ) Sobre cuidados domiciliares

Descrever:  
\_\_\_\_\_

Conhecimento do paciente quanto sua situação de saúde:  
\_\_\_\_\_

Disposição do paciente em contribuir/auxiliar em seu tratamento ( ) Sim ( ) Não

Hábitos de lazer:  
\_\_\_\_\_

Como o paciente se manifesta diante de sua situação de saúde (análise profissional):  
\_\_\_\_\_

Relatos adicionais:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS**

Tem alguma crença?  
\_\_\_\_\_

Visita religiosa: ( ) sim ( ) não De quem: \_\_\_\_\_

### **RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO**

Nome e Assinatura: \_\_\_\_\_

COREN/SC: \_\_\_\_\_