



INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM: NEUROLOGIA

| DADOS GERAIS E DE SAÚDE |
|---|
| Nome: _____ Registro: _____ |
| Nome social: _____ |
| Gênero: _____ |
| Setor: Neurologia 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 |
| Doença de base: _____ |
| Motivo da internação: _____ |
| NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS: |
| História pregressa e atual |
| Alergias () Sim () Não Qual(ais): _____ |
| Cirurgias anteriores () Sim () Não Qual (ais)/ Tempo _____ |
| Doença crônica () Sim () Não Qual (ais) _____ |
| Tratamentos Domiciliares: Farmacológico () Não Farmacológico () Qual(ais)/Dose: _____ |
| Antecedentes Familiares: ()HAS ()DM ()AVE ()Epilepsia () Neoplasias () Outros: _____ |
| Histórico de AVC Isquêmico () Sim () Não Quanto tempo: _____ Histórico de AVC Hemorrágico () Sim () Não Quanto tempo: _____ |
| 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: _____ |
| 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 3 meses () Superior a 3 meses

Característica:

Localização:

Intensidade: () Leve () Moderada () Intensa

Fator desencadeante:

Neurológico e locomotor

() Alerta () Sonolência () Orientado () Desorientado () Agitação psicomotora

() Torpor () Obnubilação () Coma

Paciente consegue responder verbalmente () Sim () Não

Consciente () Sim () Não Orientado em tempo/espaço () Sim () Não

Cefaleia () Sim () Não Tontura () Sim () Não

Pupilas Fotorreagentes: () Sim () Não

Atividade Pupilar () Anisocóricas () Isocóricas () Mióse () Midríse

Pupila () Direita () Esquerda () Ambas

Sinal de Battle: () Sim () Não

Equimose periorbital (olhos de guaxinim): () Sim () Não

Atividade Motora: () Preservada () Paresia () Plegia

Caracterização: () Hemi () Para () Tetra

Localização: () Direito () Esquerdo Membro: _____

Reflexo plantar () Sim () Não

Força muscular: () Preservada () Diminuída

Localização: () Direito () Esquerdo Membro: _____

Paralisia facial: () Sim () Não () Esquerda () Direita

Desvio de rima: () Sim () Não () Esquerda () Direita

Ptose Palpebral: () Sim () Não () Esquerda () Direita

Sensibilidade: () Normoestesia () Hipoestesia () Anestesia () Hiperestesia

Fala e linguagem: () Afasia () Disartria () Disfagia

Marcha: () Atáxica () Escavante () Parkinsoniana () Anserina () Tesoura

Escala de Coma de Glasgow:

Atividade pupilar : _____ resposta verbal: _____ Atividade motora: _____ Total: _____

Paciente está sedado: () Sim () Não

Escala de RASS: _____

Escala de Morse: _____

Cardiorrespiratório

() Eupneico () Fadiga e ou fraqueza aos esforços () Dispnéia () Agitação () Diaforese

Tórax: () Simétrico () Assimétrico

() Uso aumentado da musculatura acessória

() Suporte ventilatório

() Cateter Nasal tipo óculos _____ l/min

() Máscara de Ventury _____ l/min _____ %

() Máscara com reservatório _____ l/min

() 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
Perfusão Periférica: () < 3s () > 3s Extremidades: () Palidez () Cianose () Normal

Hidratação e Nutrição

Peso atual: _____ Altura: _____

Alteração recente de peso: () Sim () Não

() Perdeu () Ganho

Quanto Kg: _____ Em quanto tempo: _____

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

Hábitos alimentares progressos:

() Jejum Quantas horas: _____

Motivo: _____

Alimentação oral adequada () Sim () Não

() Aversão ao alimento

() Intolerância(s): Descrever: _____

() Sialorreia () Xerostomia () Ageusia () Tosse () Engasgo

() outros: _____

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

Auscultação RHA: () Presentes () Ausentes () Diminuídos () Aumentados

Percussão: () Timpânico () Maciço () Hipertimpânico

Pele e mucosa

Presença de lesão oral: () Sim () Não

Qual: _____

Alteração de turgor: () pele () língua

Língua saburrosa: () Sim () Não () Higiene oral inadequada

() Aparelho ortodôntico () Prótese dental

Outro(s)/Descrever:

() Edema local(is)/classificação:

Escala de Braden _____ () baixo + 18 () moderado de 12 a 17 () elevado = ou - que 11

Lesão Prévia/ Descrever (LPP/Estomas/FO/flebites):

Segurança

Acesso venoso: Tipo _____ Local: _____

Drenos: () Sim () Não Qual/Quais: _____

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

() Doença autoimune () Imunodeficiência () Imunossupressão

Qual: _____

Isolamento de contato: () Sim () Não

Pulseira de identificação legível: () Sim () Não

Eliminação urinária e intestinal

Frequência de eliminação urinária: _____

Condição anterior: _____

Condição atual: _____

() Distensão vesical (globo vesical) () Sensação de bexiga cheia () Sedimentos

() Bexiga neurogênica () Oligúria () Hematúria () Piúria

() Outros: _____

Uso de dispositivos: () SVA () SVD

Frequência de eliminação intestinal: _____

Condição anterior: _____

Condição atual: _____

() Constipação () Diarreia () Melena () Estomas/localização: _____

() Outros: _____

NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

Ocupação/Atividade: _____

Com quem reside: _____

Tem filhos () Sim () Não

Número de filhos: _____

() Mudança acentuada de comportamento () Aceitação da doença

() Verbalização de perda de autonomia e ou independência

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

() Falta de privacidade/Descrever: _____

Relato de: () Ansiedade () Choro () Irritabilidade/Inquietação

Especificar: _____

Conhecimento insuficiente do paciente () Sim () Não

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

Descrever: _____

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

Hábitos de lazer: _____

Relatos adicionais: _____

() Não se aplica

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: _____
