

TIPO
SANGUÍNEO



INSTRUMENTO AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM À GESTANTE/PUÉRPERA

Nome: _____ Idade _____			
Registro: _____		Setor: _____ Leito: _____	
Data da Internação: ____/____/____			
Profissão: _____		Estado Civil _____ Naturalidade: _____	
Endereço: _____		Escolaridade: _____	
Doula: _____			
Acompanhante: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Quem é a pessoa: _____			
Entregue orientações sobre normas hospitalares: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não			
Queixa atual: _____			
HISTÓRICO DE SAÚDE ATUAL E PREGRESSO			
Antecedentes Clínicos	Tempo	Antecedentes Clínicos	Tempo
<input type="checkbox"/> HAS		<input type="checkbox"/> Angina	
<input type="checkbox"/> DM		<input type="checkbox"/> Coagulopatia	
<input type="checkbox"/> IRA		<input type="checkbox"/> Auto Imune	
<input type="checkbox"/> IRC		<input type="checkbox"/> Infecto Contagiosa	
<input type="checkbox"/> DPOC		<input type="checkbox"/> IAM	
<input type="checkbox"/> Cardiopatia		<input type="checkbox"/> Neoplasias	
<input type="checkbox"/> AVE		<input type="checkbox"/> Depressão	
<input type="checkbox"/> ITU		<input type="checkbox"/> Epilepsia	
<input type="checkbox"/> Outra: _____			
Alergias <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual(ais): _____			
Cirurgias anteriores <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Qual/Tempo: _____			
Vacinação: <input type="checkbox"/> DTPA <input type="checkbox"/> Influenza <input type="checkbox"/> Hepatite B <input type="checkbox"/> Tétano <input type="checkbox"/> Covid, nº doses: _____			
Tabagismo () Sim () Não Há quanto tempo: _____ Quantidade/dia: _____			
Ex-fumante/tempo: _____			
Etilismo: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Tipo/ tempo: _____ Quantidade/dia: _____			
Drogas lícitas e ilícitas Tipo/ tempo: _____ Quantidade/dia: _____			
Antecedentes Familiares: <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> AVE <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Neoplasias			
Histórico de IST: <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Sífilis <input type="checkbox"/> Outra: _____ Realizado tratamento: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não			
Outras doenças: <input type="checkbox"/> Hepatite B <input type="checkbox"/> Toxoplasmose <input type="checkbox"/> Hepatite C <input type="checkbox"/> Infecção por <i>Streptococcus B</i> .			
Observações: _____			
HISTÓRICO OBSTÉTRICO			

Gesta _____ Para _____ Abortos _____ PN _____ PC _____
 Abortos: [] espontâneo [] curetagem
 Parto prematuro: [] sim [] não Quantas semanas: _____
 Número de filhos vivos: _____ Filhos com alguma doença: _____
 Complicação na gestação: [] diabetes gestacional [] hipertensão gestacional [] pré- eclâmpsia
 [] eclâmpsia [] placenta prévia [] ruptura uterina [] descolamento de placenta [] síndrome de HELLP
 [] Doenças do trato urinário [] RUPREME [] TPP [] Hiperêmese gravídica [] Feto morto [] Bolsa rota
 Outras doenças: _____
 Histórico de amamentação anterior: [] aleitamento materno exclusivo [] fórmula [] misto
 Dificuldades nas gestações anteriores para amamentação [] sim [] não Qual: _____

NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

HISTÓRIA OBSTÉTRICA ATUAL

Número de consultas de pré-natal: _____
 Semestre de início do pré-natal: _____
 Idade gestacional USG: _____
 BCF: _____ Manobra de Leopold: [] cefálica [] pélvica [] transversa
 Dinâmica uterina: _____ em 10'; _____ em 45'; _____ em 60'; dinamismo do processo
 Intensidade: [] fraca [] moderada [] forte
 Toque vaginal: _____
 Perdas e alterações vaginais: _____
 Altura do fundo uterino: _____
 Tipo de gestação: [] única [] gemelar Outro: _____
 [] Gestação natural [] Gestação assistida
 Violência sexual: [] sim [] não
 Pré-natal de alto risco: [] sim [] não
 Complicação na gestação: [] diabetes gestacional [] hipertensão gestacional [] pré- eclâmpsia
 [] eclâmpsia [] placenta prévia [] ruptura uterina [] descolamento de placenta [] síndrome de HELLP
 [] Doenças do trato urinário [] Bolsa rota [] TPP [] Hiperêmese gravídica [] Feto morto [] RUPREME,
 aspecto do líquido amniótico: _____
 Outras doenças: _____
 Bolsa rota: coloração _____ aspecto _____ hora _____
 Testes rápidos: [] HIV [] Sífilis [] Hepatite B [] Hepatite C [] VDRL
 Resultados: _____
 Tipo de parto: _____
 Local do parto: _____
 Observações: _____

EXAME FÍSICO

Nível de Consciência: [] Alerta [] Letárgica [] Sonolenta [] Torporosa
 Conteúdo da Consciência: [] Orientada [] Desorientada
 Pupilas: [] Isocóricas [] Anisocóricas [] Midriase [] Miose
 Acuidade Visual: [] Preservada [] Diminuída _____
 Mucosa Ocular: [] Corada [] Descorada [] Edema Palpebral [] Ptose Palpebral
 Acuidade Auditiva: [] Preservada [] Diminuída _____
 Comunicação: [] Verbal [] Não Verbal [] Disfasia [] Afasia
 Atividade Motora: [] Paresia [] Plegia [] Preservada: Caracterização: [] Hemi [] Para [] Tetra
 Localização: Direito [] Esquerdo [] Membro _____ [] NA
 Reflexo patelar: [] sim [] não
 Dor: [] Sim [] Não Situação de dor: [] Inferior a 6 meses [] Superior a 6 meses
 Característica: _____
 Localização: _____
 Intensidade: _____
 Fator desencadeante: _____
 Mamas: [] simétricas [] assimétricas
 Mamilos: [] plano [] protuso [] semiprotuso [] invertido [] pseudoinvertido
 Rede de Haller: [] sim [] não

Sinal de Hunter: sim não
 Tubérculos de Montgomery: sim não
 Alteração ou anormalidades nas mamas: sim não Qual: _____
 Estrias: sim não
 Coloastro: sim não

PADRÃO RESPIRATÓRIO/CIRCULATÓRIO

Fadiga e ou fraqueza aos esforços Dispneia Agitação Diaforese Uso aumentado da musculatura acessória
 Tórax: Simétrico Assimétrico
 Ar Ambiente Cateter Nasal tipo óculos ___l/min Máscara de Ventury ___l/min ___% Máscara com reservatório ___l/min
 Ausculta PulmOnar: MV MV ↓ à esq. à Dir. Ápice Base Roncos Sibilos
 Crepitações Estertores bolhosos Tosse Produtiva Seca Presença de secreção
 Descrever: _____
 Ausculta Cardíaca/ Descrever: B1 e B2 B3 B4 normorritmicas e normofonéticas
 Descrever alteração: _____
 Pulso: Regular Irregular Cheio Fino
 Perfusão Periférica: < 3 > 3 Extremidades: Palidez Cianose Normal
 Edema em membros superiores: sim não +/- ++/ +++/ ++++
 Edema em membros inferiores: sim não +/- ++/ +++/ ++++

PADRÃO NUTRICIONAL/ PELE/ SONO E REPOUSO

Nutrição

Estado Nutricional: Normal Sobrepeso Emagrecido Desnutrido
 Peso: _____ Altura: _____
 Restrições/Hábitos alimentares: _____

Ingestão alimentar/Deglutição

Jejum Quantas horas: _____ Motivo: _____
 Aversão ao alimento
 Náusea: sim não
 Vômito: sim não
 Azia sim não
 Descrever: _____
 Alimentação oral adequada Sim Não. Descrever: _____
 Abdômen: Gravídico Plano Globoso Flácido Distendido Doloroso à palpação Indolor a palpação
 Ausculta / RHA: Presentes Ausentes Diminuídos Aumentados

Hidratação

Descrever hábitos de hidratação (quanto ingere de água em ml): _____
 Perda súbita de peso Mucosa e pele seca Alteração de turgor: pele língua

Lesão física

Escala de Braden: baixo: maior que 18 moderado: de 12 a 17 elevado: igual ou menor que 11
 Escala de Morse: baixo: 0 a 25 moderado: 25 a 50 alto: maior que 51
 Lesão Prévias: _____

Termorregulação

Alteração da temperatura corporal prévia a internação/ Descrever: _____
 Pele fria Pele avermelhada Pele quente ao toque Tremor

Infecção

Procedimento (s) invasivo(s): SVD Acesso venoso, Local: _____
 Outros procedimentos: _____
 Doença autoimune Imunodeficiência Imunossupressão Infecção Procedimento cirúrgico

Sono e Repouso

Alteração no padrão de sono Sim Não

Descrever: _____ Uso de medicação para dormir: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
DADOS PUERPERAIS
Globo de segurança de Pinard: _____ Cor dos lóquios: _____ Quantidade dos lóquios: <input type="checkbox"/> pequena <input type="checkbox"/> média <input type="checkbox"/> grande Incisão operatória: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Apresenta secreção: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Processo normal de cicatrização: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Alteração ou anormalidade: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Local: _____ Lesões: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Local: _____ Sujidade: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Eritema: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Rafia: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Eliminações Vesicais Sondagem vesical: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Descrever hábitos de eliminação urinária: _____ <input type="checkbox"/> Distensão vesical (globo vesical) <input type="checkbox"/> Sensação de bexiga cheia <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> Piúria <input type="checkbox"/> Sedimentos <input type="checkbox"/> Oligúria Outros: _____
Eliminações Intestinais Descrever hábitos de eliminação intestinal: _____ <input type="checkbox"/> Presentes <input type="checkbox"/> Ausentes/Tempo _____ <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Diarreia Outros: _____
NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS
LAZER/CONDIÇÃO DE SAÚDE
Gestação planejada: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> n�o Possui apoio familiar: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> n�o De quem _____ Hábitos de lazer: _____ Conhecimento suficiente do paciente <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sobre história de saúde <input type="checkbox"/> Sobre cuidados de saúde <input type="checkbox"/> Sobre cuidados domiciliares Dificuldade de comunica�o da paciente/acompanhante (idioma): <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Relatos adicionais: _____
NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS
Tem alguma crença? _____ Visita religiosa: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não De quem: _____
OBSERVA�ES ADICIONAIS
RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO
Responsável pelas informa�es: _____
ENFERMEIRO _____ COREN: _____