

**SERVIÇO DE ATENÇÃO
AOS OSTOMIZADOS**

GOVERNO DO ESTADO
DO ESPÍRITO SANTO
Secretaria da Saúde



FORMULÁRIO 4 - CONSULTA DE ENFERMAGEM

Data: ____/____/____

Prontuário: _____

Nome: _____ Sexo: () M () F

Data nascimento: ____/____/____ Idade: _____ Profissão: _____

Hospital em que realizou a cirurgia: _____ Data: ____/____/____

1. QUEIXA PRINCIPAL: _____

2. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL: _____

2.1 Antecedentes: () HAS () DM () Câncer () Radioterapia () Quimioterapia () Outras
() Hospitalizações anteriores () Cirurgias anteriores _____

3. FAZ AUTOCUIDADO: () Sim () Não
3.1 Possui cuidador: () Sim () Não Parentesco: _____

4. HÁBITOS DIÁRIOS
Cuidados de higiene: _____
Alimentação/hidratação: _____
Quantas refeições diárias: _____
Sono/repouso - Quantas horas? _____ Tem dificuldade para dormir: () Sim () Não
Sexualidade/reprodução: _____ Nº de filhos: _____
Vícios/alergias: _____
Medicamentos em uso: _____

5. EXAME FÍSICO
Sinais vitais: PA: ____X____ mm/Hg FC: ____ bpm FR: ____ rpm Temp: ____ °C Peso: ____ Kg
5.1 Avaliação do ostoma
Tipo de ostoma: () Ileostomia () Colostomia () Urostomia () Fístula
Localização do ostoma: () Esquerda () Direita () Perineal
Permanência do ostoma: () Definitivo () Temporário: _____
Nível do ostoma: () Regular () Irregular () Protuso () Nivelado () Estenose
Característica da pele: () Íntegra () Úmida () Lesionada
Característica do abdome: () Plano () Globoso



FORMULÁRIO 4 - CONSULTA DE ENFERMAGEM

6. EFLUENTES

Características das fezes: () Líquida () Pastosa () Semi-líquida () Semi-pastosa () Formado

Número de evacuações: () 1 x Dia () 2 x Dia () 3 x Dia () 4 x Dia () Superior

Gases: () Não () Sim Freqüência: _____

Características da urina: () Transparente () Amarelo claro () Amarelo escuro () Outras

7. PERMANÊNCIA DO DISPOSITIVO COLETOR

() 1 dia () 2 dias () 3 dias () 4 dias () Superior

Complicações: () Não () Sim () Prolapso () Abscesso () Dor () Dermatite periestomal () Necrose

() Edema () Hemorragia () Hérnia () Retração () Granuloma

Tempo de complicações: () Menos de 1 mês () 1 a 5 meses () 6 a 12 meses () Mais de 1 ano

8. DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

9. PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

10. PLANO ASSISTENCIAL

Obs.: _____

11. ENCAMINHAMENTOS

() Médico cirurgião geral () Médico dermatologista () Assistente social () Psicólogo () Nutricionista

() Outro: _____

Profissional de Enfermagem - Assinatura e carimbo