

**DISCIPLINA 0701204 - AVALIAÇÃO DE INDIVÍDUOS E FAMÍLIAS**

**INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DO ADULTO**

ATENÇÃO: Solicitamos aos estudantes que, durante a atividade em campo de prática observem situações que potencialmente levem à exposição a riscos ocupacionais, apliquem os conceitos de precauções padrão e especiais, segundo forma de transmissão, aprendidos no Programa de Aprendizagem Enfermagem e Biossegurança e adotem as medidas de segurança pertinentes.

**NOME DA (O) ESTUDANTE:** \_\_\_\_\_

**CAMPO DE PRÁTICA:** \_\_\_\_\_ **DATA:** \_\_/\_\_/\_\_

**Parte A: DADOS DE IDENTIFICAÇÃO**

Nome: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Naturalidade (cidade/estado): \_\_\_\_\_ Etnia referida: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_ Ocupação atual: \_\_\_\_\_

**PARTE B: ENTREVISTA – ABORDAGEM INICIAL**

**1) AUTO-AVALIAÇÃO DE SAÚDE/CRENÇAS/PROMOÇÃO DA SAÚDE**

Qual o motivo de sua internação? \_\_\_\_\_

Esta internação ou seu problema de saúde interferiu na sua vida pessoal, familiar ou de trabalho? ( ) Não ( ) Sim  
Como? \_\_\_\_\_

Numa escala de 0 a 10, na qual zero é muito ruim e 10 é excelente, qual nota você daria para seu estado de saúde?  
\_\_\_\_\_

Você faz algum tratamento ou acompanhamento de saúde? ( ) Não ( ) Sim Qual (is)?

<i>Qual problema?</i>	<i>Faz acompanhamento/ tratamento?</i>	<i>Local do acompanhamento/ tratamento</i>
Faz uso de alguma medicação?		
<i>Medicamento</i>	<i>Dose</i>	<i>Horário</i>

Você toma algum medicamento por conta própria? ( ) Não ( ) Sim Qual(is)? \_\_\_\_\_

Para quê? \_\_\_\_\_

Tem algum tipo de alergia? ( ) Não ( ) Sim. Especifique: \_\_\_\_\_

Algum familiar tem histórico de doenças: Diabetes mellitus (DM), Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), obesidade, infecto-contagiosa, cardíaca, respiratória, neurológica, autoimune, oncológicas, entre outras? Se sim, quem e qual (is) doença (s)? \_\_\_\_\_

Você recebeu alguma orientação da equipe de saúde no cuidado de sua saúde/doença? ( ) Não ( ) Sim. Consegue segui-las? ( ) Sim ( ) Não Por quê? \_\_\_\_\_

## 2) CRENÇAS E VALORES

Alguma crença, fé ou religião influencia seu comportamento frente ao seu problema de saúde?

Como? \_\_\_\_\_

O que costuma fazer para divertir-se? \_\_\_\_\_

## 3) NUTRIÇÃO

Conte-me um dia da sua alimentação (da primeira até a última refeição) em sua casa. Detalhar horário das refeições, tipo e qualidade dos alimentos e quantidade em porções caseiras (colher de sopa, copo, xícara, etc). Rever o termo e adequar a pergunta.

Café da manhã	Lanche manhã	Almoço	Lanche tarde	Jantar	Ceia
___:___ h	___:___ h	___:___ h	___:___ h	___:___ h	___:___ h

Como é seu apetite? Tem alguma dificuldade para se alimentar? ( ) Não ( ) Sim. Qual? \_\_\_\_\_

Altura: \_\_\_\_\_ cm. Qual é o seu peso atual? \_\_\_\_\_ Kg

Aumentou ou diminuiu de peso nos últimos seis meses? \_\_\_\_\_ Quantos Kg?

Você se sente bem com este peso? \_\_\_\_\_

Outras observações percebidas ou referidas durante a entrevista: \_\_\_\_\_