



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
Tel.: (011) 3061-7544 - Fax: 3061-7546
São Paulo - SP - Brasil

MÓDULO DE 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.

DATA: __/__/__

NOME DA (O) ESTUDANTE: _____

CAMPO DE PRÁTICA: _____

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:

Algun 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?

PARTE C: ENTREVISTA E EXAME FÍSICO COMBINADOS – ABORDAGEM COMPLETA

1) SINAIS VITAIS:

Pulso _____ FR: _____ FC: _____ PA: _____ Temperatura: _____

2) DOR

Tem dor em algum local do corpo? ()Não ()Sim. Local do corpo e frequência?

Qual a característica da dor?

Intensidade:

O que causa a sua dor?

O que melhora?

O que piora?

3) CABEÇA, PESCOÇO, SISTEMA NERVOSO CENTRAL E PERIFÉRICO (nível e conteúdo de consciência, pares de nervos cranianos)

Nível de consciência:

Conteúdo da consciência:

Orientação:

Atenção:

Memória:

Pensamento e linguagem:

Afetividade:

Tem dificuldade para lembrar-se de coisas ou fatos recentes de sua vida? ()Não ()Sim

Esta dificuldade surgiu de repente? ()Não ()Sim. Há quanto tempo?

Tem dificuldade para se manter atento (a)/concentrado (a) nas coisas que faz no dia-a-dia? ()Não ()Sim

Tem dificuldade para falar? ()Não ()Sim

Tem dificuldade para compreender o que as pessoas falam? ()Não ()Sim

Esta dificuldade surgiu de repente? ()Não ()Sim. Há quanto tempo?

Crânio (cabeça, couro cabeludo/cabelo):

Face + Par de nervo trigêmeo e componente motor do nervo facial:

Olhos + Pares de nervos óptico, oculomotor, troclear e abducente:

Tem alguma dificuldade para enxergar? ()Não ()Sim. Qual?

Revisado em 06/12/2017

Nariz e seios paranasais + par de nervo olfativo:

Tem alguma dificuldade para sentir cheiro? () Não () Sim. Qual?

Ouvidos + Par de nervo vestibulo-coclear:

Tem alguma dificuldade para ouvir? () Não () Sim. Qual?

Tem tontura ou sensação de queda frequentemente? () Não () Sim

Cavidade Bucal + Pares de nervos - componente sensitivo do nervo facial, nervo glossofaríngeo, nervo vago, nervo hipoglosso e acessório (pregas vocais)

Tem alguma dificuldade para sentir gosto? () Não () Sim. Qual?

Pescoço + Par de nervo acessório:

4) TÓRAX

a) exame físico e entrevista: sistema cardiocirculatório, respiratório e mamas

Cardiocirculatório:

Inspeção:

Palpação:

Ausculta:

Respiratório:

Inspeção:

Palpação:

Ausculta:

Percussão:

Fatores de risco cardiovascular e respiratório

Você fuma? () Não () Sim. Quantidade de cigarros/ frequência:

Há quanto tempo:

Se, ex-tabagista, há quanto tempo?

Você faz uso de bebida alcoólica? () Não () Sim. Quantidade/ frequência:

Revisado em 06/12/2017

Tipo de bebida:

Se, ex-etilista há quanto tempo?

Você faz uso de outras drogas? () Não () Sim. Quantidade/ frequência:

Tipo de droga:

Se, ex-usuário(a), há quanto tempo?

É hipertenso diagnosticado? () Não () Sim

Tem diabetes diagnosticada? () Não () Sim

Tem dificuldade para respirar? () Não () Sim

Sente palpitações no coração? () Não () Sim

Mamas:

Inspeção estática:

Inspeção dinâmica:

Palpação:

5) ABDOME

a) exame físico: sistema gastrointestinal, sistema urinário, genitália

Sistema digestório:

Inspeção:

Ausculta:

Percussão:

Palpação:

Reto e ânus:

Descreva o funcionamento do seu intestino

Tem problemas para evacuar? () Não () Sim. Qual (is)?

Qual a frequência e característica das fezes (consistência e coloração):

Qual a data da última evacuação?

Sistema urinário:

Palpação:

Descreva o funcionamento da sua bexiga quanto à frequência para urinar e as características da urina:

Tem problemas para urinar? () Não () Sim. Qual (is)?

Revisado em 06/12/2017

Genitália externa feminina:

Inspeção:

Tem alguma queixa relacionada à genitália externa (dor, prurido)?

Idade da menarca:

Descreva seu ciclo menstrual (duração: em dias, fluxo, intervalo entre as menstruações):

Cólicas: () Não () Sim. Duração:

Intensidade:

Tensão Pré Menstrual (TPM): () Não () Sim. O que sente?

Data da última menstruação:

Menopausa (idade de início):

O que sente?

Usa algum método contraceptivo? () Não () Sim Qual?

Gestações (no):

Nascidos vivos (no):

Nascidos mortos (no):

Abortos (no):

Motivo: () acidente () espontâneo () provocado

Partos (no):

Normais:

Cesarianas:

Genitália externa masculina:

Pênis:

Escroto e virilha:

Você considera sua vida sexual satisfatória? Há algo que o/a preocupa a esse respeito?

Usa algum método preventivo para Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST's)?

() Não. Por quê?

() Sim. Qual?

Houve alguma modificação no seu hábito sexual em decorrência de algum problema de saúde ou de outra natureza? () Não () Sim. Qual(is)?

6) MEMBROS SUPERIORES E INFERIORES (sistema músculo-esquelético, sistema nervoso central e periféricos)

a) Exame físico e entrevista combinados (tônus e trofismo muscular, força muscular, coordenação, equilíbrio, sensibilidade e marcha)

Coluna:

Revisado em 06/12/2017

Ombro:

Braço/antebraço:

Mão e punho:

Quadril e pelve:

Coxa/Joelho/Perna:

Tornozelo e pé:

Marcha:

Sente fraqueza (paresia) em alguma parte do corpo? () Não () Sim. Local (is) do corpo e frequência:

Existe alguma parte do corpo que você não consegue mover (paralisia/plegia)? () Não () Sim. Local (is) do corpo.

Sente adormecimento, formigamento, alfinetadas ou outras sensações desagradáveis no corpo (parestesia)?

() Não () Sim. Local (is) do corpo e frequência:

Tem tremores, estremecimentos ou outros movimentos que você seja incapaz de controlar? () Não () Sim. Local do corpo?

Tem dificuldade de locomoção e mobilidade (independente ou necessita de auxílio de muletas, andadores, próteses, órteses, cadeirante). Especifique:

Você faz alguma atividade física () Não () Sim. Quantidade/ frequência:

Tipo de atividade:

Se sim, tem acompanhamento profissional? () Não () Sim Descreva:

7) PELE E UNHAS

Pele:

Cor:

Umidade/hidratação:

Temperatura:

Textura:

Turgor/ resistência:

Higiene:

Unhas:

Forma e contorno:

Pregas ungueais:

Consistência:

Espessura:

PARTE D – ENTREVISTA - HÁBITOS

1) 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?

Circunferência abdominal: _____ Medida do quadril: _____

Relação cintura-quadril: _____

2) SONO E REPOUSO

Revisado em 06/12/2017

Em média, dorme quantas horas por noite? Dorme durante o dia? ()Não ()Sim Se sim, quanto tempo?

Qual a qualidade de seu sono? () boa () regular () péssima

Após o sono, sente-se repousado(a) e pronto (a) para as atividades diárias? ()Não ()Sim

Demora para dormir? ()Não ()Sim

Acorda com frequência durante o sono? ()Não ()Sim. Por qual motivo?

Acorda antes do horário previsto e não dorme mais? () Não ()Sim

Usa medicamento para dormir? ()Não ()Sim. Qual (is)?

Ronca enquanto dorme? ()Não ()Sim

Tem sonolência nos períodos que precisa ficar acordado(a)? ()Não ()Sim

3) FUNCIONALIDADE PARA ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA BÁSICA:

Das atividades abaixo, cite aquela (s) que tem dificuldade para fazer sozinho (a):

() Alimentar-se. Especifique:

() Ir ao banheiro. Especifique:

() Higiene corporal/íntima/oral. Especifique:

() Vestir-se/ Despir-se. Especifique:

() Locomoção e mobilidade (independente ou necessita de auxílio de muletas, andadores, próteses, órteses, cadeirante). Especifique:

PARTE E – ENTREVISTA FAMÍLIA

Composição familiar: fazer um genograma da família (3 gerações), incluindo nome, idade, ocupação, escolaridade de cada membro. Circular os que vivem na casa no momento da entrevista. Fazer um diagrama dos vínculos, indicando a intensidade das relações entre os membros.