


## Colheita de Informação

IDENTIFICAÇÃO	
<p><b>Nome Completo:</b> _____</p> <p><b>Data de Nascimento:</b> ____/____/____ <b>Idade:</b> ____ anos</p> <p><b>Sexo:</b> F O M <input type="checkbox"/> <b>Naturalidade/Local de Residência:</b> _____</p> <p><b>Estado Civil:</b> Solteira/o <input type="checkbox"/> Casada/o <input type="checkbox"/> Divorciada/o <input type="checkbox"/> Viúva/o <input type="checkbox"/></p> <p><b>Religião:</b> Católica <input type="checkbox"/> Protestante <input type="checkbox"/> Judaica <input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> Outra: _____</p> <p><b>Profissão/Ocupação:</b> _____</p> <p><b>Nível de Escolaridade:</b> Sem Instrução <input type="checkbox"/> Sabe Ler e Escrever sem Instrução <input type="checkbox"/> De 1 a 4 anos <input type="checkbox"/> De 5 a 9 anos <input type="checkbox"/> De 10 a 12 anos <input type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Data Admissão:</b> _____</p> <p><b>Motivo da Admissão:</b> _____</p> <p><b>Proveniência:</b> Domicílio <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Outra Instituição <input type="checkbox"/> Qual: _____</p> <p><b>Pessoa de Referência:</b> _____ <b>Contacto:</b> _____</p> <p><b>Agregado familiar:</b> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filhos <input type="checkbox"/> Outros elementos da família <input type="checkbox"/> Sozinho <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/></p> <p><b>Diagnósticos Clínicos:</b> _____</p> <p>_____</p>
AUTOCUIDADOS	
<p><b>Cuidar da Higiene</b>            Obtém objetos para o banho <input type="checkbox"/> Abre a torneira <input type="checkbox"/> Aplica produtos de higiene <input type="checkbox"/> Penteia-se <input type="checkbox"/> Barbeia-se <input type="checkbox"/> Corta as unhas <input type="checkbox"/> Limpa-se após o uso do sanitário <input type="checkbox"/> Ajusta a roupa após o uso do sanitário <input type="checkbox"/>  <b>(escolher apenas uma opção)</b> Lava e seca o corpo <input type="checkbox"/> Lava e seca partes do corpo <input type="checkbox"/> Quais? _____ (ex: rosto, membros superiores)            Outras observações _____            Conhecimento e capacidades sobre estratégias e/ou dispositivos _____</p> <p><b>Vestir-se ou despir-se</b>            Escolhe as roupas <input type="checkbox"/> Retira roupa da gaveta ou armário <input type="checkbox"/> Veste-se <input type="checkbox"/> Abotoa <input type="checkbox"/>            Ata cordões <input type="checkbox"/> Calça meias <input type="checkbox"/> Outras observações _____ (ex: como se veste)            Conhecimento e capacidades sobre estratégias e/ou dispositivos _____</p> <p>—</p>	<p><b>Virar-se</b>  <b>(escolher apenas uma opção)</b> Não inicia o movimento de rodar o corpo na cama e não se posiciona <input type="checkbox"/> Inicia o movimento de rodar o corpo de um lado para o outro na cama, mas não o termina posicionando-se <input type="checkbox"/> Inicia o movimento de rodar o corpo de um lado para o outro na cama e termina-o posicionando-se <input type="checkbox"/>            Outras observações _____            Conhecimento e capacidades sobre estratégias e/ou dispositivos _____</p> <p><b>Erguer-se</b>  <b>(escolher apenas uma opção)</b> Não inicia o movimento de levantar o corpo para a posição de pé <input type="checkbox"/> Inicia o movimento de levantar o corpo para a posição de pé, mas não o completa com sucesso <input type="checkbox"/> Levanta o corpo para a posição de pé com insegurança <input type="checkbox"/> Levanta o corpo para a posição de pé em segurança <input type="checkbox"/>            Outras observações _____            Conhecimento e capacidades sobre estratégias e/ou dispositivos _____</p> <p><b>Transferir-se</b>  <b>(escolher apenas uma opção)</b> Não se mobiliza entre duas superfícies próximas <input type="checkbox"/> Mobiliza-se entre duas superfícies próximas de forma insegura e lentificada <input type="checkbox"/> Mobiliza-</p>

<p><b>Alimentar-se</b>            Leva os alimentos à boca/sonda de alimentação <input type="checkbox"/> Prepara os alimentos para a refeição <input type="checkbox"/> Organiza os alimentos para a refeição <input type="checkbox"/>            Outras observações _____            Conhecimento e capacidades sobre estratégias e/ou dispositivos _____</p> <p><b>Andar</b>            Incapaz de realizar a marcha (mover as pernas passo a passo e sustentar o peso do corpo) <input type="checkbox"/> Marcha lenta e insegura em pequenas distâncias planas <input type="checkbox"/>             Marcha lenta e insegura em plano inclinado <input type="checkbox"/> Marcha com limitações para subir ou descer escadas <input type="checkbox"/> Marcha sem limitações <input type="checkbox"/>            Outras observações _____            Conhecimento e capacidades sobre estratégias e/ou dispositivos _____</p> <p>—</p> <p><b>Andar com auxiliar de marcha</b>            Qual? _____ Utiliza corretamente dispositivo? _____ (ex: no lado correto)  <b>(escolher apenas uma opção)</b> Incapaz de realizar a marcha (mover as pernas passo a passo e sustentar o peso do corpo) <input type="checkbox"/> Marcha lenta e insegura em pequenas distâncias planas <input type="checkbox"/> Marcha lenta e insegura em plano inclinado <input type="checkbox"/> Marcha com limitações para subir ou descer escadas <input type="checkbox"/> Marcha sem limitações <input type="checkbox"/> Outras observações _____            Conhecimento e capacidades sobre estratégias e/ou dispositivos _____</p> <p>—</p>	<p>se entre duas superfícies próximas de forma segura e pronta <input type="checkbox"/> Outras observações _____</p> <p>Conhecimento e capacidades sobre estratégias e/ou dispositivos _____</p> <p><b>Sentar-se</b>            Mobiliza o corpo para a posição de sentado a partir da posição de deitado:            Não inicia o movimento <input type="checkbox"/> Inicia o movimento, mas não o consegue completar <input type="checkbox"/> Modifica de forma pronta e segura a posição do corpo <input type="checkbox"/>            Outras observações _____            Conhecimento e capacidades sobre estratégias e/ou dispositivos _____</p>
---	---

REQUISITOS UNIVERSAIS DE VIDA	
MANUTENÇÃO E INGESTA SUFICIENTE DE AR, ÁGUA E ALIMENTO	
<p><b>T.A. Sist.</b> _____ <b>Diast.</b> _____ (mmHg) Hipertensão <input type="checkbox"/> Hipotensão <input type="checkbox"/></p> <p><b>Temp.</b> _____ (°C) Axilar <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Retal <input type="checkbox"/> Memb. Timpânica <input type="checkbox"/> Outro _____ Hipertermia <input type="checkbox"/> Sub-Febril <input type="checkbox"/> Hipotermia <input type="checkbox"/></p> <p><b>F.C.</b> _____ (puls./min.) Rítmico <input type="checkbox"/> Arrítmico <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Outro _____ Taquicardia <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/></p> <p><b>F.R.:</b> _____ c/min. <b>Resp. Tipo:</b> Torácica <input type="checkbox"/> Abdominal <input type="checkbox"/> Diafragmática <input type="checkbox"/> Taquipneia <input type="checkbox"/> Bradipneia <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Ortopneia <input type="checkbox"/></p> <p><b>Regularidade:</b> Regular <input type="checkbox"/> Irregular <input type="checkbox"/> <b>Oximetria:</b> _____ SatO<sub>2</sub></p> <p><b>Dispositivo de promoção da ventilação:</b> Inspirômetro de incentivo <input type="checkbox"/> Máscara de pressão expiratória positiva <input type="checkbox"/> Oscilador intra e extratorácico <input type="checkbox"/> Ventilador de pressão positiva binível (BIPAP) <input type="checkbox"/> Ventilador de pressão positiva contínua (CPAP) <input type="checkbox"/></p> <p><b>Tosse:</b> Eficaz <input type="checkbox"/> Não Eficaz <input type="checkbox"/> Dirigida <input type="checkbox"/> Huffing <input type="checkbox"/> Assistida <input type="checkbox"/> Recurso a cough-assist <input type="checkbox"/> Conhecimento e capacidades sobre técnica de tosse _____</p> <p><b>Hábitos Tabágicos:</b> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/></p> <p><b>Expetoração:</b> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/></p> <p><b>Características das secreções:</b> <b>Conteúdo:</b> Hemoptises <input type="checkbox"/> Purulentas <input type="checkbox"/> Mucopurulentas <input type="checkbox"/> <b>Consistência:</b> Espessas <input type="checkbox"/> Espumosas <input type="checkbox"/> Fluídas <input type="checkbox"/> <b>Quantidade:</b> Escassa <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Abundante <input type="checkbox"/> <b>Peso:</b> _____ <b>Altura:</b> _____ <b>IMC:</b> _____ Kg/m<sup>2</sup></p> <p><b>Quantidade Líquidos:</b> (&lt;) Três Copos <input type="checkbox"/> 3 a 5 Copos <input type="checkbox"/> (&gt;) 5 Copos <input type="checkbox"/></p> <p><b>Tipo de Líquidos:</b> Água <input type="checkbox"/> Sumo <input type="checkbox"/> Café/Chá <input type="checkbox"/> Leite <input type="checkbox"/> Outros _____</p>	<p><b>Dispneia</b> Aumento da frequência respiratória <input type="checkbox"/> Tiragem (retração e afundamento supra-esternal, supra clavicular e intercostal) <input type="checkbox"/> Aumento do tempo expiratório <input type="checkbox"/> Aumento de amplitude da caixa torácica <input type="checkbox"/> Adejo nasal <input type="checkbox"/> Contração e retração exageradas da parede abdominal <input type="checkbox"/></p> <p><b>Falta de ar</b> <input type="checkbox"/> Comunica falta de ar quando em repouso e em posição confortável <input type="checkbox"/> Comunica falta de ar quando deitado em posição dorsal recumbente ou supina <input type="checkbox"/> Comunica falta de ar ao realizar atividades que exigem pequeno esforço físico <input type="checkbox"/> Comunica falta de ar ao realizar atividades que exigem grande esforço físico <input type="checkbox"/> Não comunica falta de ar Conhecimento e capacidades sobre exercícios respiratórios _____</p> <p><b>Coloração da Pele e mucosas:</b> Rosada <input type="checkbox"/> Pálida <input type="checkbox"/> Ciansada <input type="checkbox"/> Outra: _____</p> <p><b>Outras Situações:</b> _____ <b>OBS:</b> _____ _____ _____</p> <p><b>Posição refeições:</b> Leito/Fowler ou semi-fowler <input type="checkbox"/> Leito ou Quarto/Sentada(o) <input type="checkbox"/> Sala Refeições/Sentada(o) <input type="checkbox"/></p> <p><b>Modo de se alimentar:</b> Sozinho S/Dific. <input type="checkbox"/> Sozinho C/Dific. <input type="checkbox"/> Dependente <input type="checkbox"/></p>

<p><b>Diabético:</b> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> <b>Glicémia</b></p> <p><b>Capilar:</b> _____ <b>Avaliação/Hora</b> _____</p> <p><b>Refeições Diárias:</b> Três <input type="checkbox"/> (&gt;) Três <input type="checkbox"/> Dificuldades na Mastigação <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Anorexia <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Flatulência <input type="checkbox"/></p> <p><b>Dentição:</b> Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> <b>Próteses:</b> Fixa <input type="checkbox"/> Removível <input type="checkbox"/></p> <p><b>Apetite:</b> Normal <input type="checkbox"/> Aumentado <input type="checkbox"/> Diminuído <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/></p> <p><b>Preferências Alimentares:</b> _____ <b>Restrições:</b> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p><b>Cultura/Religião Vs Alimentação:</b> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Qual: _____</p> <p><b>Alimentação/Dieta:</b> Normal <input type="checkbox"/> Pausa <input type="checkbox"/> Recusa <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Qual: _____</p> <p><b>Disfagia:</b> Líquidos <input type="checkbox"/> Sólidos <input type="checkbox"/></p> <p><b>Via Alimentar:</b> Oral <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> <b>Data/Colocação:</b> _____</p> <p><b>Substituição:</b> _____ Conhecimento e capacidades sobre técnicas de prevenção de aspiração _____ _____</p>	<p><b>Hábitos Alcoólicos:</b> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/></p>
---	---

PROVISÃO DE CUIDADOS COM ELIMINAÇÃO E EXCREÇÃO	
<p><b>Freq. Micções Diárias:</b> _____</p> <p><b>Meios Utilizados:</b> Fralda <input type="checkbox"/> Motivo: _____ Urinol <input type="checkbox"/> Motivo _____ Cateter Urinário <input type="checkbox"/> Motivo: _____ Ir ao Sanitário <input type="checkbox"/></p> <p>Incontinência urinária <input type="checkbox"/> Retenção Urinária <input type="checkbox"/> Globo Vesical <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/></p> <p><b>Características da Urina:</b> <b>Volume:</b> Anúria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> - Déb. _____</p> <p><b>Aspeto:</b> Límpida/Translúcida <input type="checkbox"/> Turva/Concentrada <input type="checkbox"/></p> <p><b>Coloração:</b> Normal <input type="checkbox"/> Hemática (Hematúria) <input type="checkbox"/> Amarelo Escuro <input type="checkbox"/> Amarelo Vivo <input type="checkbox"/> Piúria <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Presença de Dor à micção:</b> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/></p>  <p>Incontinência Fecal <input type="checkbox"/> Obstipação <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Hemorróides <input type="checkbox"/> Ostomias/Tipo de Dispositivo _____ Melenas <input type="checkbox"/> Fecalomas <input type="checkbox"/> Flatulência <input type="checkbox"/></p>



**PREVENÇÃO DE RISCOS PARA A VIDA, AO FUNCIONAMENTO E AO BEM-ESTAR HUMANO**

**Princípios de Vida**  
**Estado Consciência**  
 Orientado  Desorientado  - Tempo  Espaço  Confuso  Sonolento   
**Estado Emocional**  
 Calmo  Ansioso - Não  Sim  Motivo: \_\_\_\_\_ Estratégias: \_\_\_\_\_  
 Agressivo  Agitado  Apático  Deprimido   
 Quedas no último ano: Não  Sim   
 Fatores intrínsecos modificáveis: \_\_\_\_\_  
**Hábitos Etilistas:** Não  Sim  Tipo/Quantidade: \_\_\_\_\_  
**Hábitos Tabágicos:** Não  Sim  Tipo/Quantidade: \_\_\_\_\_  
**Religiosidade/Crenças:** \_\_\_\_\_  
**Positividade Sentido de Vida:** \_\_\_\_\_

**Segurança/Proteção/Conforto**  
**Institucionalização:** Temporária  Permanente  Qualidade: \_\_\_\_\_  
**Automedicação:** Não  Sim  Motivo: \_\_\_\_\_  
**Queixas de Dor:** Localizada  Generalizada Não  Sim

Princípios	Níveis de Adesão		
	Não Adesão	Adesão	Total
Regime Dietético			
Regime de Exercício			
Regime Medicamentoso			
Acompanhamento Profissional de saúde			



**REQUISITOS DE DESENVOLVIMENTO HUMANO**

**PROMOÇÃO DA SAÚDE**  
 Conscientização da sua condição de Saúde: Não  Sim   
 Significado que atribui à sua Condição de Saúde \_\_\_\_\_  
 Que medidas têm realizado para melhorar sua Saúde \_\_\_\_\_  
 Participa em atividades de Educação em Saúde: Não  Sim  Quais: \_\_\_\_\_  
**Situação Vacinal:** Incompleta  Atualizada  Não sabe   
**Outras Situações:** \_\_\_\_\_  
**OBS:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**PROCESSO SAÚDE / DOENÇA**  
**Interesse em aprender:** Não  Sim  Não se Aplica   
**Queixas atuais:** \_\_\_\_\_  
**Análises / Exames periódicos realizados:** Não  Sim  Não se Aplica   
 Cirurgias Realizadas/Ano: \_\_\_\_\_  
**Interferência da(s) Condição(ões) de Saúde na Vida (0 a 10):** \_\_\_\_\_  
**Adesão ao regime Terapêutico:** Não  Motivo \_\_\_\_\_ Sim   
**Alergias:** Não  Sim  Quais: \_\_\_\_\_  
**Medicamentos em Uso:**

Fármaco	Horário	Posologia	Dificuldades