

FICHA DE AVALIAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO

Prontuário : _____ Registro: _____
Unidade de Origem: _____
Cartão SUS: Nº _____

Nome: _____ Idade: _____
Sexo: F () M () Nascimento: ___/___/___ Estado Civil: _____ Cor: _____
Escolaridade: _____ Ocupação: _____ Renda Familiar: _____
Nacionalidade: _____ Naturalidade: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cep: _____ - _____ Cidade/UF: _____ /___ Contato: () _____
E-mail: _____
Data de avaliação: _____

ANAMNESE

QUEIXA PRINCIPAL: _____
HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL: _____

ANTECEDENTES PESSOAIS: _____

Amputação Anterior: () Sim () Não Quando/Onde: _____

Osteomielite: () Sim () Não OBS.: _____

Tratamento realizado: _____

ANTECEDENTES FAMILIARES: _____

DOENÇAS SISTÊMICAS ASSOCIADAS

() HAS () cardiopatia () LES () TVP () AVC () IRC () Anemia () Osteoporose () Artrite Reumatoide
() Arteriosclerose () Dislipidemia () Obesidade () Nefropatia () câncer () hemopatia
() Outros: _____

Medicações em uso: _____

Etilismo: () não () sim Há quanto tempo: _____

Tabagismo: () não () sim nº de cigarros/dia: _____

Alergia tópica: () não () sim Especificar: _____

Alergia Medicamentosa: () não () sim

Qual: _____

DIABETE MELLITUS

TIPO: () I () II () não sabe informar

Há quanto tempo sabe que tem diabetes?

() até 6 meses () até 1 anos () 2 a 5 anos () de 6 a 10 anos () mais de 10 anos

Como obteve a informação que é diabético?

() Endocrinologista () Outro Qual? _____

Qual a frequência que você visita ao Endocrinologista?

() a cada mês () 6 meses a 1 ano () Mais de 1 ano

Você acha que o tempo de doença tem influência nas alterações da saúde?

() Sim () Não

Já se hospitalizou por conta do diabetes?

() Sim () Não

Você já fez algum tipo de tratamento relacionado às complicações do diabetes?

() Sim () Não

Faz uso de insulina

() Sim () Não

Tipo de insulina: _____

Hipoglicemiante Oral: () Sim () Não

Tipo: _____

EXAME FÍSICO

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC: _____
 MMSS P.A. (direito) _____ / _____ mmHg (esquerdo) _____ / _____ mmHg
 MMII P.A. (direito) _____ / _____ mmHg (esquerdo) _____ / _____ mmHg
 FC: _____ bpm FR: _____ mrm T: _____ °C Pulso: _____
 HGT: _____ mg/dL () em jejum () pós prandial

ITB

CIRCUNFERÊNCIA

Abdominal : _____ cm Panturrilha Direita: _____ cm Panturrilha esquerda: _____ cm
 Tornozelo direito: _____ cm Tornozelo esquerdo: _____ cm

DOR

Dor MMII: () ao elevar () ao abaixar () ao deambular () em repouso () ausente

PULSOS

Pulsos MMII: 1. Poplíteo 2. Pedioso 3. Tibial posterior

() Presente (qual?): _____ () Diminuído (qual?): _____ () ausente(qual?) _____

Micose interdigital: () Sim () Não

Úlcera: () Sim () Não Qual/Onde: _____

AVALIAÇÃO DA SENSIBILIDADE COM MONOFILAMENTO

Sensibilidade

a) **Presente** ()

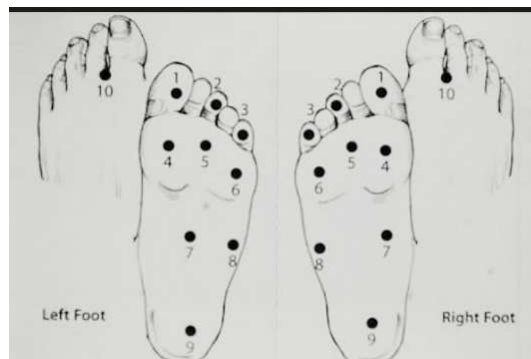
Pontos (pé direito): _____

Pontos (pé esquerdo): _____

b) **Ausente** ()

Pontos (pé direito): _____

Pontos (pé esquerdo): _____



PELE

() Ressecada () Hidratada () Hiperemiada () Hipocromia () Descamativa

PÉ DIABÉTICO

CATEGORIA DE RISCO E ENCAMINHAMENTO DO PÉ DIABÉTICO – MODIFICADO CAIAFA	CLASSIFICAÇÃO DE PEDIS
() Grau 0 () Grau 1 () Grau 2 () Grau 3() Grau 3A ()Grau 3B () Grau 3C () Grau 3D () Grau 3E	Perfusão () grau 1 () grau 2 () grau 3 Profundidade () grau 1 () grau 2 () grau 3 Infecção () grau 1 () grau 2 () grau 3 () grau 4 Sensibilidade () grau 1 () grau 2 Extensão / Tamanho _____ cm ²

DOENÇA VENOSA CRÔNICA

CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA CEAP:	CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA PITTA
() C0 Sem sinais de doenças venosas sensíveis ou palpáveis () C1 Telangiectasias e veias reticulares () C2 Veias varicosas () C3 Edema () C4a Pigmentação ocre ou eczema () C4b Lipodermatoesclerose ou atrofia branca () C5 Úlcera venosa cicatrizada () C6 Úlcera venosa aberta	0 - SEM VARIZES A - VARIZES + TELAGIECTASIAS + SEM HIPERCROMIA B - VARIZES + TELAGIECTASIAS + COM HIPERCROMIA

CARACTERÍSTICAS DAS LESÕES (FERIDAS)

Início da lesão: ____/____/____

Quantidade de Lesões: _____

ETIOLOGIA

MID: _____

MIE: _____

LOCALIZAÇÃO

MID: _____

MIE: _____

PLANIMETRIA

MID: Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm

Deslocamento: _____ cm Extensão: _____ cm²

MIE: Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm

Deslocamento: _____ cm Extensão: _____ cm²**PELE PERILESIONAL**() Integra () Epitelizada () Eczematosa () Ressecada () Hiperemiada () Hiperchromia () Descamativa
() outros: _____

Pelos: () Presente () Ausente Outros: _____

BORDOS() Regular () Irregular () Aderida () Solapada () Macerada () Hiperqueratose () Epitelizada
() outros: _____

LEITO

TIPO DE TECIDO: () granulação _____ () esfacelo/fibrina () necrose liquefativa () necrose coagulativa

INFECÇÃO: () Sim () Não () Leve () Moderada () Grave
Agente etiológico: _____

Exsudato: () Sim () Não **Aspecto:** () Serosa () Sanguinolenta () Purulenta () Mista

Quantidade: () pouco – até 5 gazes () Moderada – 5 a 10 gazes () alta – acima de 10 gazes

Odor: () 0 - ausencia () 1 – ao abrir curativo () 2 – ao chegar perto sem abrir () 3 – no ambiente

Dor: () Sim () Não Intensidade 0 a 10: _____

Necessita Debridamento : () Sim () Não Obs.: _____

Curativos frequência: _____

Cobertura: _____

EXAMES**CONDUTA**

Assinatura dos Profissionais

() Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Assinada em ANEXO