

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM PÓS-OPERATÓRIA

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Idade: RG: Leito:

Diagnóstico médico:

INFORMAÇÕES GERAIS SOBRE A DOENÇA E TRATAMENTO

Cirurgia realizada: Data:/...../..... Tipo de anestesia:

Horário de entrada em CC: Horário de saída do CC: Admitido na Unidade de Clínica Cirúrgica às:horas.

Nível de Consciência: Abertura Ocular:..... Resposta Verbal:..... Resposta Motora:..... Total:.....

Oxigenoterapia (.....l/min): () cateter nasal, () máscara, () oxímetro de pulso, () respirador, () não está em uso.

Acesso Venoso: () central, () periférico, () dissecção venosa, () sem acesso. Data da punção:/...../..... Local:

Curativos: () ausente, () presente: Local:

Drenos: () ausente, () presente – Tipo: Localização:

Edema: () ausente, () presente – Localização:

Dor: () ausente, () com dor: () fraca, () moderada, () forte. Localização: Escala de Dor:

Estado emocional: () ansioso(a), () tranquilo(a)

Hemocomponentes/Infusão de sangue: () não fez uso, () fez uso:ml

EXAME FÍSICO – INFORMAÇÕES RELEVANTES SOBRE ÓRGÃOS E SISTEMAS

Pressão Arterial: FC: FR: Temperatura: Peso: Altura: TS + RH:

Nível de consciência: () acordado, () lúcido, () comatoso, () torporoso, () confuso, () desorientado, () com falas de memória.

Movimentação: () deambula, () acamado, () restrito ao leito, () sem movimentação, () deambula com ajuda, () movimenta-se com ajuda.

Pele/Tecidos: () sem alterações, () cianose, () icterícia, () descolorado, () reações alérgicas, () lesões de pele, () escaras. Outras:

Crânio: () sem anormalidades, () incisão, () drenos, () cefaléia, () lesões no couro cabeludo. Outros:

Olhos: () visão normal, () diminuição da acuidade visual, () presença de processos inflamatórios/infecciosos, () exoftalmia, () pupilas fotorreagentes.

Ouvido: () audição normal, () acuidade diminuída, () zumbido, () presença de processo inflamatório/infeccioso

Nariz: () sem anormalidades, () coriza, () alergia, () epistaxe () outras:

Boca: () sem anormalidades, () Lesões:

Pescoço: () sem anormalidades, () linfonodos, () tireóide aumentada, () estase venosa jugular, () traqueostomia. () outros:

Tórax: () sem alteração anatômica, () expansão torácica normal, () com alteração anatômica () diminuição da expansão torácica, () outros:

Mamas: () sem alterações, () simétricas, () presença de nódulos palpáveis, () dor, () secreção:

Ausculta pulmonar: () normal, () murmúrios vesiculares diminuídos, () roncos, () estertores, () sibilos.

Oxigenação: () ar ambiente, () oxigenoterapia, () entubado, () traqueostomizado, () sem ventilação mecânica, () com ventilação mecânica.

Coração: () ritmo normal, () taquicardia, () bradicardia, () presença de sopros, () arritmia. () outros:

Pulso: () cheio, () filiforme, () rítmico, () arritmico, () BNRNF

Abdome: () indolor, () plano, () globoso, () flácido à palpação, () resistente à palpação, () com presença de ruídos hidroaéreos, () ausência de ruídos hidroaéreos, () presença de dor, () incisão cirúrgica, () colostomia, () hepato/esplenomegalia. () outros

Geniturinário: () sem alterações anatômicas, () micção espontânea, () presença de anomalias, () SVD, () irrigação vesical, () lesões nos órgãos genitais, () incontinência urinária, () outros:

Membros superiores: () sensibilidade e força motora preservada em todas as extremidades, () pulsos periféricos palpáveis, () paresia, () plegia, () edema, () amputações, () gesso, () tala gessada, () dispositivo venoso, () lesões, () outros:

Membros inferiores: () sensibilidade e força motora preservada em todas as extremidades, () pulsos periféricos palpáveis, () paresia, () plegia, () edema, () amputações, () gesso, () tala gessada, () dispositivo venoso, () lesões, () outros:

Outras queixas (não mencionadas no exame físico):.....
.....

Condições que o paciente apresenta para o seu autocuidado: () independente, () precisa de ajuda para poucas atividades, () precisa de ajuda para muitas atividades, () é totalmente independente.

Higiene: () banho no leito, () banho de aspersão, () rejeita, () sem banho, () higiene oral () déficit de higiene oral

Mudança de Decúbito: () sim, () não, () com auxílio, () sem auxílio.

Eliminação urinária: () SVD, () SVA, () espontânea, () ausente.

() cor e odor característicos, () polaciúria, () nictúria, () urgência miccional, () incontinência urinária, () diminuição do jato urinário, () hematúria, () Outros: Volume em 12 horas:

Eliminação intestinal: () normal, () obstipação, () diarreia, () uso de colostomia, () mudança de hábito intestinal. Outros:

AVALIAÇÃO GERAL:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Enfermeiro (a):

Data:/...../.....