

PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DA PESSOA COM ULCERA VENOSA E DA LESÃO

A.1	DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS					
A.1.1	Nome:	_____				
A.1.2	Idade:	_____ em anos				
A.1.3	Sexo:	[<input type="checkbox"/>]	0 Masculino	1 Feminino		
A.1.4	Estado civil:	[<input type="checkbox"/>]	0 Solteiro/Viúvo	1 Divorciado/Desquitado	2 Casado/União estável	
A.1.5	Nível de instrução:	[<input type="checkbox"/>]	0 Não alfabetizado	1 Ens. fund. incompleto	2 Ens. fund. completo	
			3 Ens. médio incompleto	4 Ens. médio completo	5 Ens. sup. incompleto	6 Ens. sup. completo
A.1.6	Profissão/Ocupação:	[<input type="checkbox"/>]	0 Não	1 Sim	Qual: _____	
A.1.7	Renda familiar:	_____ SM	Nº de pessoas na casa: _____			
A.2	ANAMNESE					
A.2.1	Quem realiza o curativo?	Durante a semana:	[<input type="checkbox"/>]	0 Enfermeiro	1 Técnico/Auxiliar	
				2 Paciente	3 Cuidador	Outro: _____
		No final de semana:	[<input type="checkbox"/>]	0 Enfermeiro	1 Técnico/Auxiliar	
				2 Paciente	3 Cuidador	Outro: _____
A.2.2	Local de realização do curativo?	Durante a semana:	[<input type="checkbox"/>]	0 UBS/USF	1 Domicílio	Outro: _____
		No final de semana:	[<input type="checkbox"/>]	0 Domicílio	Outro: _____	
A.2.3	Doenças crônicas?	[<input type="checkbox"/>]	0 Diabetes: _____ anos		1 Cardiopatia: _____ anos	
			2 Insuf. Arterial: _____ anos		3 Arteriosclerose: _____ anos	
			4 Insuf. Venosa: _____ anos		5 Hipertensão: _____ anos	
			6 Outras: _____		7 Outras: _____	
A.2.4	Alergia?	[<input type="checkbox"/>]	0 Não	1 Sim	Alérgeno: _____	
A.2.5	Medicamentos em uso atualmente?	1. Nome: _____	Indicação: _____	Tempo: _____ anos	Dose/dia _____	
		2. Nome: _____	Indicação: _____	Tempo: _____ anos	Dose/dia _____	
		3. Nome: _____	Indicação: _____	Tempo: _____ anos	Dose/dia _____	
		4. Nome: _____	Indicação: _____	Tempo: _____ anos	Dose/dia _____	
A.2.6	Etilismo?	[<input type="checkbox"/>]	0 Nunca	1 Não	2 Parou há _____ anos	3 Sim
	Se sim etilismo:	Tempo: _____ anos	Tipo de bebida: _____		Frequência: _____	
A.2.7	Tabagismo:	[<input type="checkbox"/>]	0 Nunca	1 Não	2 Parou há _____ anos	3 Sim
	Se sim tabagismo:	Tempo: _____ anos	Nº cigarros por dia: _____			
A.2.8	Higiene pessoal:	[<input type="checkbox"/>]	0 Adequada	1 Inadequada		
A.2.9	Atividade/dia:	[<input type="checkbox"/>]	0 Atividades domésticas		nº _____ horas/dia	
			1 Atividades na ocupação		nº _____ horas/dia	
			2 Atividades doméstica/ocupação		nº _____ horas/dia	
A.2.10	Repouso diário:	[<input type="checkbox"/>]	0 Sim 1 Não () Com elevação de MMII () Sem elevação de MMII			
			Quantas vezes: _____ x		Quanto tempo: _____ min	
A.2.11	Sono:	_____ horas/dia				
A.2.12	Início da primeira úlcera:	_____ meses				
A.2.13	Tempo de úlcera atual:	_____ meses				
A.2.14	Recidiva	_____ vezes				
A.3	FATORES DE RISCO					
[<input type="checkbox"/>]	0 História familiar de doença venosa		1 Obesidade		2 Veias varicosas	
	3 Cirurgia venosa prévia		4 Multiparidade		5 Flebite	
	6 Atividades de trabalho que requerem longos períodos de permanência de pé ou sentado		07 História comprovada ou suspeita de trombose venosa profunda (TVP)		08 Investigar sobre duração, recorrência e idade	

B - SOLICITAÇÃO DE EXAMES/REALIZAÇÃO/RESULTADOS	1ª avaliação (_ / _ / ____)	2ª avaliação (_ / _ / ____)	3ª avaliação (_ / _ / ____)	4ª avaliação (_ / _ / ____)	5ª avaliação (_ / _ / ____)
B.1 Hemograma completo (hemoglobina, hematócrito e leucócitos)					
B.2 Glicemia em jejum					
B.3 Albumina sérica					
B.4 Índice Tornozelo Braço					
C - VERIFICAÇÃO DE:					
C.1 Pulso pedial - 0 Ausente 1 Presente					
C.2 Pulso tibial - 0 Ausente 1 Presente					
C.3 Pulso poplíteo - 0 Ausente 1 Presente					
C.4 Edema -0 Ausente 1 Presente					
C.5 Sinais de infecção - 0 Ausente 1 Presente Qual (is)? 1 Odor 2 Exsudato purulento 3 Dor 4 Febre 5 Hiperemia					
C.6 IMC (peso/altura²) - 0 Baixo peso [$<18,5 \text{ kg/m}^2$] 1 Eutrófico [$\geq 18,5$ a $25,0 \text{ kg/m}^2$] 2 Sobrepeso [$\geq 25,0$ a $<30,0 \text{ kg/m}^2$] 3 Obesidade [$\geq 30,0 \text{ kg/m}^2$]					
C.7 Pressão arterial					
D - LOCALIZAÇÃO DA LESÃO - 0. Ausente/ Zona 1 (pé)/ Zona 2 (metade distal da perna e tornozelo)/ Zona 3 (metade proximal da perna)					
D.1 MID					
D.2 MIE					
E - CARACTERÍSTICAS DA ÚLCERA					
E.1 0.Grau 1 1.Grau 2 2.Grau3 3.Grau 4					
E.2 Exsudato: 0 Seroso 1 Serossanguinolento 2 Sanguinolento 3 Purulento 4 Purussanguinolento					
E.3 Quantidade do exsudato: 0 Pequena (até 3 gazes) 1 Média (>3 até 10 gazes) 2 Grande (>10 gazes)					
E.4 Odor: 0 Ausente 1 Discreto 2 Acentuado					
E.5 Borda: 0 Delimitada 1 Não delimitada 2 Elevada 3 Fina 4 Regular 5 Irregular 6 Com crostas 7 Macerada 8 Hiperemiada					

E - CARACTERÍSTICAS DA ÚLCERA (cont.)	1ª avaliação (_/ _/ _)	2ª avaliação (_/ _/ _)	3ª avaliação (_/ _/ _)	4ª avaliação (_/ _/ _)	5ª avaliação (_/ _/ _)
E.6 Area perilesional: 0 Integra 1 Edema 2 Lipodermatoesclerose 3 Ressecada 4 Macerada 5 Prurido 6 Hiperpigmentada 7 Eczema 8 Hiperemiada 9 Escoriação 10 Dermatite 11 Sensibilidade					
E.7 Predominância no leito da lesão: 0 Granulação 1 Epitelização 2 Tecido fibrinótico 3 Necrose seca/isquêmica 4 Necrose úmida/liquefativa					
E.8 Frequencia de trocas (x/semana)					
E.9 Mensuração da úlcera no decorrer no tratamento					
F - CUIDADOS COM A ÁREA PERILESIONAL E LESIONAL					
F.1 Limpeza da área perilesional: 0 Uso de solução salina 1 Uso de antissépticos 2 Outro (qual?)					
F.2 Produtos utilizados: 0 Uso de protetores de área 1 AGE 2 Outro (qual?)					
F.3 Limpeza do leito da lesão: 0 uso de solução salina 1 Desbridamento (qual?) 2 Outro (qual?)					
F.4 Indicação de cobertura 0 Epitelização 1 Granulação 1 Desbridamento 2 Infecção					
F.5 Produtos utilizados na lesão					
F.6 Protege a lesão no banho? 0 Ausente 1 Presente					
G -MEDICAMENTOS RELACIONADOS A LESÃO					
G.1 0 Ausente 1 Presente Qual (is) antibiótico?					
G.2 Flebotrópicos Qual (is) flebotrópicos?					
H - TRATAMENTO DA DOR (Use: 0 Ausente 1 presente)					
H.1 Dor: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (EAV)					
H.2 Analgésicos Qual (is) analgésicos?					

I - CUIDADOS GERAIS E TERAPIA COMPRESSIVA (Use: 0 Ausente 1 Presente)	1ª avaliação (_/ _/ ____)	2ª avaliação (_/ _/ ____)	3ª avaliação (_/ _/ ____)	4ª avaliação (_/ _/ ____)	5ª avaliação (_/ _/ ____)
I.1 Em uso de terapia compressiva? 0 Ausente 1 Presente					
Qual (is) terapias compressivas?					
I.2 Aplicação compressão adequada?					
Qual (is)?					
I.3 Orientado uso de meias de compressão?					
I.4 Orientado repouso com pernas elevadas (2 a 4h/dia) e elevar pés da cama de 10 a 15cm?					
I.6 Orientado uso de exercícios de contração e flexão da panturrilha e caminhadas					
I.7 Elevado membros inferiores 30min antes da compressão?					
J - PREVENÇÃO DE RECIDIVA (Estratégias clínicas) - Use: 0 Ausente 1 Presente					
J.1 Investigação venosa e cirúrgica					
J.2 Terapia de compressão no decorrer da vida					
J.3 Seguimento regular para monitorar as condições a pele para recorrência					
L - PREVENÇÃO DE RECIDIVA (Estratégias educativas) - Use: 0 Ausente 1 Presente					
L.1 Importância da adesão ao uso das meias de compressão					
L.2 Cuidados com a pele					
L.3 Prevenção de acidentes ou traumas em MMII					
L.4 Orientação para procura precoce de assistência especializada a sinais de possível solução de continuidade da pele					
L.5 Encorajamento a mobilidade e exercícios					
L.6 Elevação do membro afetado quando imóvel					
M - REFERÊNCIA/ ENCAMINHAMENTO DOS PACIENTES					
M.1 0 Ausente 1 Presente					
M.2 Qual: 1 Angiologista 2 Dermatologista 3Nutricionista 4 Outros (especificar)					
N - CONTRA-REFERÊNCIA					
N.1 De onde?					
N.2 Indicação					

P - QUALIDADE DE VIDA (Avaliar a cada 3 meses)	1ª avaliação (_ / _ / _)	2ª avaliação (_ / _ / _)	3ª avaliação (_ / _ / _)	4ª avaliação (_ / _ / _)	5ª avaliação (_ / _ / _)
P.1 Dor nos tornozelos ou pernas, durante as últimas 4 semanas - 1: sem dor 2: dor ligeira 3: dor moderada 4: dor forte 5: dor intensa					
P.2 Limitação/ incomodo no trabalho ou em atividades diárias por causa da DVC, durante as últimas 4 semanas - 1: não limitado/ incomodado 2: um pouco limitado/ incomodado 3: moderadamente limitado/ incomodado 4: muito limitado/ incomodado 5: extremamente limitado/ incomodado					
P.3 Dormir mal, por causa da DVC, durante as últimas 4 semanas - 1: nunca 2: raramente 3: com bastante frequência 4: muito frequentemente 5: todas as noites					
<i>Limitação/ incomodo na realização de movimentos ou atividades por causa da DVC, durante as últimas 4 semanas (Questões 4 a 11)</i> 1: não limitado/ incomodado, de todo 2: um pouco limitado/ incomodado 3: moderadamente limitado/ incomodado 4: muito limitado/ incomodado 5: impossível de realizar					
P.4 Permanecer de pé por longos períodos					
P.5 Subir escadas					
P.6 Agachar/ ajoelhar					
P.7 Caminhar aceleradamente					
P.8 Viajar de carro, ônibus, avião					
P.9 Atividades domésticas como cozinhar, transportar uma criança ao colo, passar roupa a ferro, limpar chão ou mobiliário, executar trabalhos manuais					
P.10 Ir a discotecas, casamentos, festas, cocktails					
P.11 Realizar atividades desportivas, esforços físicos extenuantes					
Efeitos psicológicos da DVC, durante as últimas 4 semanas (Questões 12 a 20) - 1: não, de todo 2: um pouco 3: moderadamente 4: bastante 5: absolutamente					
P.12 Sentir-se “no limite”					
P.13 Tornar-se facilmente cansado					
P.14 Sentir-se um “fardo” para os outros					
P.15 Ter sempre de tomar precauções (como esicar as pernas, evitar permanecer de pé por longos períodos)					
P.16 Embaraço em mostrar as pernas					
P.17 Irritabilidade fácil					
P.18 Sentir-se deficiente					
P.19 Dificuldade em iniciar atividades pela manhã					
P.20 “Eu não me sinto bem”					
TOTAL					