



CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA E ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE



Campus Universitário – Viçosa, MG-36570-900 – Telefone: (31)3612-5512 Fax: (31) 3612-5512 E-mail: cienciasdasaude@ufv.br

Produto Técnico: Instrumento de Coleta de Dados para avaliação de pacientes oncológicos submetidos à quimioterapia ambulatorial, fundamentado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta.

Autor: Igor Guerra Cheloni

Orientador: Cristiane Chaves de Souza

Informações: Este documento irá contribuir para melhoria da qualidade assistencial do Enfermeiro ao cuidado prestado ao paciente oncológico submetido à quimioterapia ambulatorial. Tem como objetivo guiar a consulta de Enfermagem para a identificação de problemas reais ou potenciais passíveis de intervenção de Enfermagem. Contribuirá para a sistematização da assistência de Enfermagem, para a melhoria do cuidado ao paciente, e para dar visibilidade ao saber do Enfermeiro neste espaço de cuidado.

Formulário de Coleta de Dados Ambulatório de Quimioterapia Fundamentado na Teoria de Wanda Horta	Etiqueta de identificação
1 - Identificação	
Gênero: ()M ()F ()Outro:	Raça:
Profissão:	Escolaridade:
Estado Civil	Cidade/Estado:
Convênio:	
Telefone:	E-mail:
Informante: ()Paciente ()Membro da família ()Amigo ()Profissional da Saúde ()Outro:	
2- Diagnóstico	
Diagnóstico:	CID: Estadiamento: Data do Diag: / /
3 - Planejamento Terapêutico	
Protocolo Terapêutico:	Ciclos:
Fase do Tratamento: ()Adjuvante ()Neoadjuvante ()Curativa ()Paliativa	
Toxicidade esperada: ()Hematológica ()Pulmonar ()Neurológica ()Cardiovascular ()Gastrointestinal ()Geniturinária ()Metabólica ()Endócrina ()Dermatológica	
4 - Condição atual de saúde	
Queixa principal:	
Antecedentes clínicos pessoais e familiares oncológicos:	
Outras comorbidades:	
Alergia: ()Não ()Sim:	
Medicamentos em uso: ()Não ()Sim. Quais	
Peso atual: Kg	Peso habitual: Kg Altura: m Superfície Corporal: m ²
Sinais Vitais: Pressão Arterial: ___x___ mmHg Pulso Radial: ___Bpm Temperatura: ___°C Frequência Respiração: ___lrpm	
5 - Necessidades psicossociais	
Comunicação	Capacidade de comunicação efetiva com os profissionais de saúde: ()Não ()Sim.
	Mostra entendimento das orientações recebidas: ()Não ()Sim.

	Alteração na fala: ()Não ()Sim. Qual:
Gregária	Desamparo familiar: ()Não ()Sim.
	Dificuldade de interação social: ()Não ()Sim.
	Sentimento de solidão: ()Não ()Sim.
Recreação e lazer	Alteração de hábitos de recreação e lazer: ()Não ()Sim:
	Mudanças nas atividades de Recreação e Lazer: ()Não ()Sim.
Segurança Emocional	Estado de choque: ()Não percebido ()Sim.
	Expectativa de melhora:()Não ()Sim.
	Insegurança em relação à qualidade de vida futura: ()Não ()Sim.
	Insegurança quanto à possibilidade de recidiva ou diagnóstico de um novo câncer:()Não ()Sim.
	Pensamento suicida: () Não percebido ()Sim.
	Sensação de impotência: () Não percebido ()Sim.
	Sentimento de culpa: () Não percebido ()Sim.
	Sentimento de esperança: () Não percebido ()Sim.
	Sentimento de fracasso: () Não percebido ()Sim.
	Sentimento de indignação: () Não percebido ()Sim.
	Sentimento de medo: () Não percebido ()Sim.
	Sentimento de raiva: () Não percebido ()Sim.
	Sentimento de tristeza: () Não percebido ()Sim.
	Sentimento de vergonha: () Não percebido ()Sim.
	Sofrimento: () Não percebido ()Sim.
	Temor as mutilações e desfigurações: () Não de aplica ()Não ()Sim:
Dificuldade de expressar sentimentos/emoções: ()Não ()Sim.	
Amor e aceitação	Autoimagem ou auto aceitação prejudicada: ()Não ()Sim:
	Negação da doença: ()Não ()Sim.
	Automutilação: Não() Sim().
	Apoio familiar: Não() Sim().
	Aceitação de dispositivos decorrentes do tratamento: ()Não ()Sim.
	Rejeição do (a) parceiro (a): ()Não ()Sim.
Autoestima, Autoconfiança e Autorespeito	Nível de autonomia: ()Não comprometida ()Comprometida:
	Nível de autoestima: ()Não comprometida ()Comprometida:
	Capacidade de tomada de decisão prejudicada: ()Não ()Sim.
Educação para a saúde/ Aprendizagem	Nível de conhecimento sobre a doença: ()Adequado ()Inadequado ()Nenhum.
	Nível de conhecimento sobre o tratamento: ()Adequado ()Inadequado ()Nenhum.
	Capacidade de assimilar orientações de saúde: ()Adequada ()Inadequada ()Nenhuma.
	Adesão ao tratamento proposto: ()Não ()Sim.
	Disposição para autocuidado: ()Não ()Sim.
Auto realização	Mantém atividade profissional: ()Não ()Sim. Qual:
	Capacidade de desempenhar suas atividades laborais: ()Não ()Sim.
	Interferência da doença nas atividades de vida diária: ()Não ()Sim. Cite:
	Capacidade de cumprir metas ou desafios: ()Não ()Sim.
	Interferência da doença na qualidade de vida: ()Não ()Sim:
Espaço	Individualidade:()Não comprometida ()Comprometida:
	Exposição excessiva a procedimentos invasivos ()Não ()Sim.
	Está adaptado aos dispositivos decorrentes do tratamento ()Não ()Sim.
Criatividade	Desejo de manter-se entretido e aprender novas coisas: ()Não ()Sim:

6 - Necessidades psicoespirituais

Espiritualidade/Crença	Presença de crença ou religião: () Não () Sim. Qual?
	Frequência de prática religiosa: () Esporádico () 1x/semana () 2 a 3x/semana () +3x/semana.
	Possui Apoio espiritual regular: () Não () Sim. Qual?
	A espiritualmente é algo significativo: () Não () Sim.

7 - Necessidades Psicobiológicas

Hábitos de vida	Etilismo: () Não () Sim.
	Tabagismo: () Não () Sim.
	Uso de drogas ilícitas: () Não () Sim:
	Prática de exercícios físicos: () Não () Sim:
	Práticas integrativas complementares de saúde: () Não () Sim:
Regulação neurológica	Estado emocional: () Agressivo () Agitado () Ansioso () Alegre () Calmo () Depressivo.
	Nível de consciência: () Consciente () Confuso.
	Apresenta sequelas neurológicas: () Não () Sim:
	Reflexos motores e sensoriais (Tremores,tonturas,desequilíbrio,parestesias,paresias): () Não () Sim:
Percepção dos órgãos e sentidos	Dor: () Não () Sim. Local: _____ EVA: _____
	Percepção auditiva: () Não comprometida () Comprometida:
	Percepção visual (Fotosensibilidade): () Não comprometida () Comprometida:
	Percepção Tátil: () Não comprometida () Comprometida:
	Percepção gustativa: () Não comprometida () Comprometida:
Oxigenação	SpO2: ___ () Eupneico () Taquipneico () Bradipneico () Dispneico.
	Cianose Periférica presente: () Não () Sim:
	Presença de tosse: () Não () Sim. Características: () Seca () Produtiva.
	Características da secreção: Coloração: _____ Volume: _____.
Regulação vascular	Pulso radial: () Cheio () Filiforme () Rítmico () Arritmico.
	Ausculta Cardíaca: RCR2T sem ruídos extras () Sim Não() Alterações Identificadas:
	Anemia: () Não () Sim. Valor de Hemoglobina: _____
	Tipo sanguíneo: () A () B () AB () O () Rh+ () Rh-
	Mielossupressão: () Não () Sim. Cite: Neutrófilos: _____ Plaquetas: _____ Hemácias: _____
	Presença de edema: () Não () Sim. ___/+++ Local: _____
	Presença de linfedema: () Não () Sim. Local: _____
	Trombocitopenia: () Não () Sim.
	Presença de petéquias: () Não () Sim:
	Presença de hematomas: () Não () Sim:
	Presença de sangramento: () Não () Sim. Onde: _____
	Alopecia: () Não () Sim.
	Progressão tumoral: () Não () Sim.
Regulação térmica	Febre aferida ou percebida nas ultimas 48h? () Não () Sim. _____ °C () Não aferida.
	Sudorese () Não () Sim Tipo: _____
Hidratação	Ingesta hídrica: () Não comprometida () Comprometida:
	Alterações no estado de hidratação: () Não () Sim:
	Déficit prévio para o autocuidado na hidratação: () Não () Sim:
	Turgor da pele: () Preservado () Diminuído () Ressecado
Nutrição	Distúrbios alimentares: () Não () Sim: () Anorexia () Desnutrição: _____ () Obesidade: _____.
	Queixas alimentares (Disfagia,epigastralgia,náuseas,inapetência,xerostomia): () Não () Sim.
	Dificuldade de deglutição: () Não () Sim.

	Ingesta nutricional: ()Excelente -Ingere as refeições na integra ()Adequada - Ingere mais da metade das refeições ()Provavelmente adequada -Raramente ingere 1/2 das refeições ()Muito pobre - Raramente ingere 1/3 das refeições.
	Presença de dispositivo para auxiliar na nutrição. ()Não ()Sim:
	Mudança de hábitos alimentares: ()Não ()Sim.
Eliminação	Distúrbios na eliminação urinária (Oligúria, poliúria, disúria, anúria, incontinência, dor): ()Não ()Sim: Freqüência: x dia
	Distúrbios na eliminação intestinal (Diarréia, flatos, constipação, incontinência, dor): ()Não ()Sim: Freqüência: x dia
	Característica da urina: Cor: () Límpida () Concentrada () Hematúria Claridade: () Turva () Transparente Quantidade: () 500 a 1700ml/dia () 400ml ou- () 1800ml ou+. Odor: () Sui generis () Amoniacal () Adocicado () Pútrido.
	Características das fezes: Coloração: () Esverdeada () Acinzentada () Enegrecidas () Amareladas () Amarronzadas. Presença de sangue vivo nas fezes: () Não () Sim. Consistência: () Consistente () Pastosa () Líquida-pastosa () Líquida. Formato: () 1. Carços duros e separados, como nozes (difícil de passar) () 2. Forma de salsicha, mas granuloso () 3. Como uma salsicha, mas com fissuras em sua superfície () 4. Como uma salsicha ou serpente, suave e macio () 5. Bolhas suaves com bordas nítidas (que passa facilmente) () 6. Peças fofas com bordas em pedaços () 7. Aquoso, sem partes sólidas, inteiramente líquido.
	Uso de medicamento com potencial de nefrotoxicidade: () Não () Sim. Cite:
	Presença de dispositivo para auxiliar na eliminação. () Não () Sim:
Integridade física	Presença de estomas: () Não () Sim: Local:
	Lesão em mucosas: () Não () Sim:
	Lesão em rede venosa: () Não () Sim:
	Rede venosa adequada para tratamento proposto: () Sim () Não:
	Áreas de hiperpigmentação da pele: () Não () Sim:
	Integridade das membranas mucosas: () Não () Sim:
	Presença de Lesão por Pressão: () Não () Sim. Estagio: Local:
Presença de drenos ou cateteres: () Não () Sim. Qual:	
Sono e repouso	Alterações no sono (Insônia, sonolência durante o dia, incapacidade de repor as energias após o sono): () Não () Sim:
Atividade física	Fadiga: () Não () Sim.
	Dificuldade de deambular: () Não () Sim.
	Alteração na marcha () Não () Sim.
	Limitações nas atividades de vida:() Não () Sim.
	Prejuízo a funcionalidade dos membros: () Não () Sim.
	Índice de Karnofsky: %.
	Redução da capacidade funcional: () Não () Sim.
Utiliza dispositivo para auxiliar na deambulação: () Não () Sim:	
Cuidado corporal e ambiental	Déficit para o autocuidado: Higiene corporal () Não () Sim.
	Déficit para o autocuidado: Higiene oral () Não () Sim.
	Dificuldade em realizar a higiene íntima () Não () Sim.
	Tipo de precaução: () Padrão () Contato () Aerossóis () Gotículas () Contato e aerossóis () Contato e Gotícula
Sexualidade	Disfunção reprodutiva: () Não () Sim.
	Prejuízo na vida sexual: () Não () Sim.
	Queixas na atividade sexual (Disfunção erétil, libido comprometida): () Não () Sim.
	Sintomas do climatério: () Não () Sim.
	Sintomas de andropausa: () Não () Sim.
	Presença de mutilações que dificultam a prática sexual: () Não () Sim:
Novas práticas sexuais em decorrência do tratamento: () Não () Sim:	

	Frequência da atividade sexual: () Ausente () 1 a 3x/semana () + de 3x/semana. Outros:
	História de Braquiterapia: () Não () Sim.
	Queixas na atividade sexual: () Não () Sim:
	Uso de métodos anticoncepcionais: () Não () Sim:
Terapêutica	Dependente do profissional de saúde para resolução de seus problemas: () Não () Sim.
	Necessidade de cuidado de apoio: () Não () Sim.
	Histórico de reação transfusional: () Não () Sim.
8 - Solicitações do paciente/familiares	
9 - Impressão do enfermeiro sobre o paciente/familiares/outras dados relevantes:	
Riscos identificados: () Não () Sim. Qual/Quais:	
10 – Encaminhamento ao profissional multidisciplinar	
() Não () Sim. Qual: Justifique:	