

PRODUTO TECNOLÓGICO:

**CONSULTA DE ENFERMAGEM À MULHER IDOSA COM INCONTINÊNCIA
URINÁRIA: INSTRUMENTO PARA UM SERVIÇO AMBULATORIAL**

Ana Mabel Sulpino Felisberto

Prof.^ª Dr.^ª. Greicy Kelly Gouveia Dias Bittencourt (Orientadora)



DIVISÃO DE ENFERMAGEM
Sistematização da Assistência de Enfermagem
Urologia – Estudo urodinamico
Histórico de Enfermagem

I. IDENTIFICAÇÃO:

Nome:			Idade:	
Profissão:		RG:	Cartão SUS:	Nº Prontuário
Naturalidade	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Solteira <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Viúva <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Outros	Data Nascimento: / /	Escolaridade:	Religião:
Endereço:			Cidade:	
Ocupação: <input type="checkbox"/> Do lar <input type="checkbox"/> Empregada <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Desempregada <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Aposentada <input type="checkbox"/>	Cor da pele: <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Amarela		Número de filhos:	
Renda familiar (em salários mínimos)		Número de pessoas residentes no domicílio: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> acima de 6		
Diagnóstico médico:		Data do exame: ____/____/____		Horário:

II. ENTREVISTA

Queixa principal: _____
Antecedentes: HAS <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> ICC <input type="checkbox"/> Obesidade <input type="checkbox"/> Insuficiência Renal <input type="checkbox"/> outros _____
Hábitos e Comportamentos: Tabagismo: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Alcoolismo: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Socialmente <input type="checkbox"/>
Uso de medicamentos? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Qual (is)? _____ Alergias: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Especificar: _____
Experiência Cirúrgica? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> QUAL? _____
Possui conhecimento do diagnóstico médico? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcial
Antecedentes Obstétricos: Gesta _____ Para _____ Aborto _____ Tipo de Parto _____
Antecedentes Familiares: _____

III. EXAME FÍSICO

MODO ADAPTATIVO FISIOLÓGICO	
FUNÇÃO NEUROLÓGICA: PADRÃO COGNITIVO E PERCEPTIVO	
Nível de Consciência: <input type="checkbox"/> Acordada <input type="checkbox"/> Lúcida <input type="checkbox"/> Desorientada <input type="checkbox"/> Orientada	
Confusa <input type="checkbox"/> com falhas de memória <input type="checkbox"/> Nervosismo <input type="checkbox"/> Fala: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterada _____	
Lesão do Sistema Nervoso: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Especificar: _____	
SENTIDOS	

Audição: <input type="checkbox"/> Íntegra <input type="checkbox"/> Alterada Visão: <input type="checkbox"/> Íntegra <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Surdez Desconforto / Dor local: _____ EVA: _____ Expressão facial no momento: <input type="checkbox"/> Contraída <input type="checkbox"/> Tranquila <input type="checkbox"/> Sorridente <input type="checkbox"/> Chorosa <input type="checkbox"/> Outra: Sensação de esvaziamento vesical incompleto: <input type="checkbox"/> Diminuição da sensação vesical <input type="checkbox"/> Aumento da sensação vesical: <input type="checkbox"/> Sentimento negativo em relação a Incontinência Urinária: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
OXIGENAÇÃO
Ventilação: FR= _____rpm Frequência cardíaca= _____bpm PA/ mmHg Tosse: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Produtiva: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Secreção _____ Espirro: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
PROTEÇÃO
Sensibilidade alterada da pele: Pele seca: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Temperatura: _____°C Cicatriz: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Descrição/Localização _____ Infecção Urinária: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Lesão do Períneo: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Descrição _____ Prolapso Uterino: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Irritação Vaginal: Corrimento: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Aspecto _____ Duração _____ dias Odor: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Prurido: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sangramento: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Fraqueza da Musculatura do assoalho pélvico: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
NUTRIÇÃO
Estado nutricional: Obesidade: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Peso corporal _____kg Ingesta hídrica adequada? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Hábitos alimentares: _____ Restrição de líquido: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
ELIMINAÇÃO
Eliminação intestinal: Normal <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Constipação intestinal: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Esforço ao evacuar: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Frequência de eliminação de fezes: _____ Última evacuação ____/____/____ Características da fezes (Consistência, cor e odor) _____ Eliminação vesical: Espontânea: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Retenção: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Incontinência Urinária: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> IU de esforço <input type="checkbox"/> IU por Urgência <input type="checkbox"/> Outras _____ Frequência da perda de urina _____ Volume: _____ml/h Noctúria: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Disúria: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Pressão vesical: Possui controle? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Aspecto da urina: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterada <input type="checkbox"/> Odor: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Fétido Cor: _____ Necessidade imediata de urinar novamente: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Perda pós – miccional: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
FLUÍDOS E ELETRÓLITOS
Estado de Hidratação: Hidratado <input type="checkbox"/> Desidratado <input type="checkbox"/> Retenção intracelular de água <input type="checkbox"/> Fluxo Urinário _____ ml/s Débito urinário _____ ml/ Kg/ hora
FUNÇÃO ENDÓCRINA
Climatério <input type="checkbox"/> Menopausa <input type="checkbox"/>
ATIVIDADE E REPOUSO
Sono: <input type="checkbox"/> Preservado <input type="checkbox"/> Alterado Motivo: _____ Utilização de medicamento para dormir: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Restrição física de mobilidade: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Restrição na atividade sexual Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Motivo _____ Baixa atividade da musculatura Pélvica: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sedentarismo: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
MODO ADAPTATIVO AUTOCONCEITO
SELF-FÍSICO
Imagem corporal (Está satisfeita com sua aparência?) Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Preocupa-se com sua higiene corporal: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Disfunção sexual: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Motivo _____ Sentimento negativo em relação a convivência da IU: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Especificar: _____
SELF-PESSOAL

Autoestima baixa: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>			Ansiedade: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Possui conhecimento sobre a realização do Estudo Urodinâmico? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>					
MODO ADAPTATIVO FUNÇÃO DO PAPEL					
Diminuição da interação social devido ao problema de saúde: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>					
Especificar: _____					
Comportamento na vivência da IU nas ações cotidianas: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Prejudicado					
Desconhecimento sobre processo saúde/ doença: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Parcial					
Não adesão ao tratamento: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Parcial					
MODO ADAPTATIVO INTERDEPENDÊNCIA					
Queixa do sofrimento: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Prejuízos emocionais: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Falta de apoio familiar: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
Sentimento de dependência: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>					
IV. IMPRESSÕES DA ENFERMEIRA, INTERCORRÊNCIAS E OBSERVAÇÕES:					
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>					
Enfermeira:		COREN:		Data: ____/____/____	

Figura 1 - Consulta de enfermagem à mulher idosa com incontinência urinária: instrumento para um serviço ambulatorial. João Pessoa- PB, 2017.