

APÊNDICE G

PRODUTO FINAL DA MESTRE: NEYCE DE MATOS NASCIMENTO

INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS
Histórico de Enfermagem de Enfermagem ao Idoso Institucionalizado com Declínio Cognitivo
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO IDOSO
Nome: _____ Data: ____/____/____ Sexo: () F () M Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____ Religião: _____ Escolaridade: _____ Profissão: _____ Naturalidade: _____ Motivo da Institucionalização: _____ Data de Admissão: ____/____/____ Aposentado: () Sim () Não
ANTECEDENTES PESSOAIS
() Diabetes () Hipertensão () Depressão () Hipotireoidismo () Etilismo () Tabagismo () Acidente Vascular Encefálico () Trauma Craniano () Câncer Cerebral () Baixa Condição Econômica () Outros: _____
SINAIS VITAIS e DADOS ANTROPOMÉTRICOS
T ____ °C FC ____ bpm R ____ irpm PA ____ mmHg P ____ bpm Altura ____ cm Peso ____ Kg IMC ____
NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS
NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS
Regulação Neurológica
Nível de Consciência: () Consciente () Sonolento () Torporoso () Orientado () Desorientado () Confuso Memória: () Preservada () Prejudicada Se prejudicada utilizar MEEM.
Anotações:
Nutrição
Aceitação alimentar: () Boa () Regular () Insuficiente Deglutição: () Disfagia () Engasgo Auxílio para se alimentar: () Sim () Não Via de administração do alimento: () Oral () Gástrica () Enteral

<p>Dispositivo para alimentação: () SNG () SNE () Gastrostomia</p> <p>Dieta enteral: () Sim () Não</p> <p>Uso de Prótese: () Sim () Não</p>
<p>Anotações:</p>
<p>Hidratação</p> <p>() Hidratado () Desidratado</p> <p>Turgor e elasticidade da pele: () +/4+ () ++/4+ () +++/4+ () ++++/4+</p> <p>Ingesta hídrica: () Boa () Regular () Satisfatória</p> <p>Solicita ingestão hídrica: () sim () não</p> <p>Precisa de auxílio para ingestão hídrica: () sim () não</p>
<p>Anotações:</p>
<p>Eliminação</p> <p>Diurese: () Espontânea () Fralda () Incontinência urinária () Poliúria () Oligúria () Nictúria</p> <p>Aspecto da diurese: _____</p> <p>Eliminação intestinal: () Presente () Ausente</p> <p>() Incontinência fecal</p> <p>Aspecto das fezes: _____</p>
<p>Anotações:</p>
<p>Sensopercepção (visual, auditiva, tátil e dolorosa)</p> <p>Acuidade visual diminuída: () Sim () Não () uso de lentes corretivas</p> <p>Condição da audição: () Normal () Diminuída Uso de prótese: () unilateral () bilateral</p> <p>Dor a estimulação tátil: () Sim () Não</p> <p>Como expressa a dor: () Localiza a dor () Não sabe localizar a dor () gemente</p>
<p>Anotações:</p>
<p>Integridade física</p> <p>Condições da pele: () Íntegra () Ressecada</p> <p>Presença de lesão: () Sim () Não Local: _____ Se sim, utilizar a escala de Braden.</p> <p>Coloração da pele: () Normocorada () Hiperemiada Local: _____</p>
<p>Anotações:</p>
<p>Sono e Repouso</p> <p>Sono preservado: () Sim () Não</p>

<p>Horário do sono: () Matutino () Vespertino () Noturno</p> <p>Características do sono: () Insônia () Acorda durante à noite () Sonolência diurna</p> <p>Usa medicamento para dormir: () Sim () Não Qual? _____</p>
<p>Anotações:</p>
<p>Cuidado Corporal</p> <p>Higiene do corpo: () Satisfatória () Insatisfatória</p> <p>Auxílio para o banho: () Sim () Não</p> <p>Auxílio para trocar a roupa: () Sim () Não</p> <p>Higiene bucal: () Satisfatória () Insatisfatória</p> <p>Auxílio para realizar a higiene bucal: () Sim () Não</p> <p>Problemas dentários: () Sim () Não</p> <p>Gengivites: () Sim () Não</p>
<p>Anotações:</p>
<p>Locomoção, Atividade Física e Motilidade</p> <p>Deambula: () Sim () Não Se não: () Acamado () Cadeirante</p> <p>Auxílio para deambular: () Sim () Não</p> <p>Uso de Órtese: () Andador () Cadeira de rodas () Bengala</p> <p>Equilíbrio Preservado: () Sim () Não</p> <p>Exercício Físico regular: () Sim () Não Tipo de exercício: _____</p> <p>() 5x por semana por 30 min, se intensidade moderada</p> <p>() 5x por semana por 15 min, se intensidade vigorosa</p> <p>() 3 ou mais dias por semana</p> <p>() 2 ou mais dias por semana</p> <p>Limitação física: () Sim () Não Qual: _____</p> <p>Auxílio para se movimentar: () Sim () Não</p> <p>Rigidez de pescoço: () Sim () Não</p>
<p>Anotações:</p>
<p>Sexualidade</p> <p>Vida sexual ativa: () Sim () Não</p> <p>Refere desejo sexual: () Sim () Não</p> <p>Presença de masturbação: () Sim () Não</p>
<p>Anotações:</p>

<p>Segurança física e Meio ambiente</p> <p>Uso de Corrimão: () Sim () Não</p> <p>Grades na Cama: () Sim () Não</p> <p>Anotações:</p>
<p>NECESSIDADE PSICOSSOCIAIS</p>
<p>Amor, Aceitação e Autoestima</p> <p>Sentimentos: () Tristeza () Solidão () Felicidade</p> <p>Manifestação de sentimentos e emoções: () Choro () Deprimidos () Isolamento () Irritado () Agressivo () Inquieto () Pensamento negativo de si mesmo</p> <p>Anotações:</p>
<p>Atenção e Gregária</p> <p>Solicita Atenção: () Sim () Não Como: _____</p> <p>Necessidade de Atenção: () Sim () Não</p> <p>Recebe visita: () Sim () Não De quem: _____</p> <p>Solicita Visita: () Sim () Não</p> <p>Interage com os outros residentes: () Sim () Não</p> <p>Agride os residentes: () Sim () Não</p> <p>Sofre agressão dos residentes: () Sim () Não</p> <p>Anotações:</p>
<p>Comunicação</p> <p>Comunicação verbal: () Normal () Prejudicada Causa: _____</p> <p>Comunicação não verbal: () Expressões Faciais () Gesto () Expressão Corporal</p> <p>Anotações:</p>
<p>Recreação e lazer</p> <p>Participam de atividades em grupo: () Sim () Não</p> <p>Realiza Passeios: () Sim () Não</p> <p>Atividades que gosta de participar: () Jogos () Música () Dança () Artesanato () Leitura () Ações Educativas</p> <p>Anotações:</p>
<p>NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS</p>
<p>Espiritualidade</p>

Religião: () Sim () Não. Qual? _____	
Necessidade de participar de cerimônias religiosas: () Sim () Não	
Participa de práticas integrativas complementares: () Sim () Não Qual: _____	
Anotações:	
OBSERVAÇÕES	
Enfermeiro(a):	COREN: