

PRODUTO FINAL

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM AOS IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS COM DEPRESSÃO SEGUNDO AS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS	
INFORMAÇÕES DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
Nome da Instituição:	Data:
1.Nome do Paciente:	
2.Data de nascimento:	
3.Gênero: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	
4.Estado civil: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Viúvo	
5.Número do RG:	
6. Religião	
7. Naturalidade:	
8. Número de Filhos:	
9.Data de admissão na Instituição:	
10.Precedente de: <input type="checkbox"/> casa, <input type="checkbox"/> Hosp. Psiquiátrico, <input type="checkbox"/> Hospital Geral, <input type="checkbox"/> outros:	
11. Grau de Instrução: <input type="checkbox"/> sem escolaridade <input type="checkbox"/> Fundamental completo <input type="checkbox"/> Fundamental Incompleto <input type="checkbox"/> Ensino Médio incompleto <input type="checkbox"/> Ensino Médio completo <input type="checkbox"/> Ensino Superior <input type="checkbox"/> Pós-graduado.	
12.Ocupação Anterior:	
13: Apresenta Grau de Dependência: 1vez <input type="checkbox"/> , 2 vezes <input type="checkbox"/> , 3 vezes <input type="checkbox"/> ou mais <input type="checkbox"/> Qual?	
14:Presença de morbidade:	
15. Medicações usadas:	
16. Internações Hospitalares: Sim <input type="checkbox"/> ou Não <input type="checkbox"/>	
NECESSIDADES PSICBIOLÓGICAS RELACIONADAS AOS INDICADORES EMPÍRICOS VOLTADOS A IDOSOS COM DEPRESSÃO	
NUTRIÇÃO	
Apetite/ Hábitos Alimentares	
Quantas refeições faz ao dia: 1vez <input type="checkbox"/> , 2 vezes <input type="checkbox"/> , 3 vezes <input type="checkbox"/> ou mais <input type="checkbox"/>	
Avaliação nutricional/ Medidas Antropométricas	
Peso <input type="checkbox"/> estimados:	Altura <input type="checkbox"/> estimados:
Desnutrição/ Hidratação/Emagrecimento	
Parenteral <input type="checkbox"/> Sonda de alimentação <input type="checkbox"/> Sonda Nasoenteral <input type="checkbox"/> Jejunostomia <input type="checkbox"/> Gastrostomia <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/>	
Bebê líquidos regularmente: <input type="checkbox"/> 1l <input type="checkbox"/> 2l <input type="checkbox"/> Acima de 2l	
Umidade da mucosa: preservada <input type="checkbox"/> , diminuída <input type="checkbox"/>	
Está perdendo peso nos últimos meses? Sim <input type="checkbox"/> ou Não <input type="checkbox"/>	

<p>Obesidade/ IMC- Índice de Massa Corporal Houve aumento de peso nos últimos meses? Sim () ou Não () Qual valor do IMC?</p>
<p>SONO E REPOUSO</p>
<p>Acorda várias vezes à noite/ Insônia/ Sono interrompido/ Sonolência Horário de sono: ()Noturno ()Diurno () Noturno/Diurno</p>
<p>Dorme durante o dia Sim () ou Não ()</p>
<p>Desconforto ambiental/ Desconforto físico/ Estresse emocional Dificuldade em aceitar o local onde dorme? Sim () ou Não () Dificuldade nas eliminações durante a noite? Sim () ou Não ()</p>
<p>Estresse emocional Maus pensamentos ao deitar-se: Sim () ou Não ()</p>
<p>Uso de medicamentos sedativos Faz uso de medicamentos para dormir? Sim () ou Não () Quais?</p>
<p>EXERCÍCIOS, ATIVIDADES FÍSICAS E MOTILIDADE</p>
<p>Desempenho das atividades/ Exercício físico regular/ Dor ao movimento/ Fraqueza ao andar/ Imobilidade/ Imobilidade parcial/ acamado/ Amputação de Membros Faz exercícios regularmente? Sim () ou Não () Quais? Apresenta limitação física? Sim () ou Não () Quais? Dor ao deambular: Sim () ou Não () Deambula? Sim () ou Não () Faz uso de: bengalas (), muletas (), cadeira de rodas (), acamado (), parapléxico ()</p>
<p>CUIDADO CORPORAL</p>
<p>Capaz de banhar/ Capaz de vestir/Dermatite Seborreica/ Frequência de higiene corporal Realiza higiene corporal diária? () Sim() Não Presença de odor corporal? () Sim() Não Qual a frequência dos banhos? _____ Troca as vestimentas com frequência? () Sim() Não</p>
<p>higiene bucal/ Grau de dependência/ Halitose/Higiene das unhas Realiza a limpeza da cavidade oral diariamente? () Sim() Não Apresenta halitose? () Sim() Não Precisa de ajuda na escovação? () Sim() Não Necessita de ajuda para a higienização das unhas? () Sim() Não</p>
<p>Higiene íntima Necessidade de compreender a importância da higienização/ Necessidade de ajuda para realizar o cuidado. A higiene íntima é realizada de forma: independente (), necessita de ajuda () Sabe a importância da higienização? () Sim() Não</p>
<p>REGULAÇÃO NEUROLÓGICA</p>

<p>Coordenação dos movimentos/ Diminuição dos reflexos/ Dormência/ Força motora/ Paresia/ Parestesia/ Tremores de extremidades</p> <p>Apresenta coordenação dos movimentos? () Sim() Não</p> <p>Perda temporária dos reflexos? () Sim() Não</p> <p>Apresenta coordenação dos movimentos? () Sim() Não</p> <p>Existe dormência em alguma parte do corpo? () Sim() Não</p> <p>Parestesia (), Paresia (membro paralisado) ()</p>
<p>Declínio cognitivo/ Desorientação/ Demência/ Vertigem</p> <p>Consciente () ou inconsciente (), orientado ()ou desorientado ()</p> <p>Dificuldade de concentração? () Sim() Não</p> <p>Apresenta tremores em alguns dos membros? () Sim() Não</p>
<p align="center">NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS RELACIONADAS AOS INDICADORES EMPÍRICOS VOLTADOS A IDOSOS COM DEPRESSÃO</p>
<p align="center">AMOR E ACEITAÇÃO</p>
<p>Agressividade/ Angústia/ Ansiedade/ Apatia/ Arrependimento da Vida/ Estado conjugal</p> <p>Sente-se angustiado? () Sim() Não</p> <p>Está se sentindo ansioso? () Sim() Não</p> <p>Se arrepende da vida? () Sim() Não</p> <p>Apresenta estes tipos de sentimentos: Depressão(), Insegurança (), Rejeição(), Medo(,Solidão(), Insegurança (), Hostilidade(), Negativismo(), Tensão(), Falta de motivação(), Sentimento de perda(), Carência afetiva(), Choro(), Fuga(), Pensamento Suicida().</p> <p>Já sofreu algum tipo de violência? () Sim() Não</p> <p>Tem algum companheiro(a)? () Sim() Não</p>
<p align="center">LIBERDADE E PARTICIPAÇÃO</p>
<p>Dependente/ Independente dos familiares e amigos/ Participação no plano terapêutico</p> <p>É depende de seus familiares e amigos? () Sim() Não</p> <p>Faz parte dos planos terapêuticos proporcionados pelas ILPIs? () Sim() Não</p>
<p align="center">SOCIABILIDADE/ RECREAÇÃO DE LAZER</p>
<p>Isolamento social/ Participação em grupos de idosos/ Ocupação do tempo livre/ Participação em atividades de lazer/ Insatisfação com as atividades a serem desempenhadas.</p> <p>Interage com os membros da instituição? () Sim() Não</p> <p>Participas das atividades em grupo? () Sim() Não</p> <p>Está satisfeito com as atividades da ILPI? () Sim() Não Está sempre ocupando o seu tempo livre? () Sim() Não</p>
<p align="center">NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS RELACIONADAS AOS INDICADORES EMPÍRICOS VOLTADOS A IDOSOS COM DEPRESSÃO</p>
<p align="center">RELIGIOSA OU TEOLÓGICA, ÉTICA OU DE FILOSOFIA DE VIDA</p>

Confronto religioso/ Estado de satisfação pessoal/ Necessidade de atividades religiosas/ Religião/ Restrição religiosa

Acredita na fé: Sim Não

A fé ajuda o enfrentamento dos problemas da vida? Sim Não

Gosta de frequentar ambientes religiosos: Sim Não

Tem a necessidade de realizar atividades religiosas? Sim Não

SINAIS VITAIS

Pressão Arterial: ____ x ____ mmHg

Pulso: _____ Bat./Min

Respiração: _____ Rpm

Temperatura: _____ °C

OBSERVAÇÕES:

ENFERMEIRO RESPONSÁVEL: