

## Colheita de Informação

| IDENTIFICAÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Nome Completo:</b> <u>Roberval Pereira Saeghian</u></p> <p><b>Data de Nascimento:</b> <u>10/04/1936</u> <b>Idade:</b> <u>86</u> anos</p> <p><b>Sexo:</b> F O M <input checked="" type="checkbox"/> <b>Naturalidade/Local de Residência:</b> <u>Grange da Freguesia</u></p> <p><b>Estado Civil:</b> Solteiro/o <input type="checkbox"/> Casado/o <input checked="" type="checkbox"/> Divorciado/o <input type="checkbox"/> Viúva/o <input type="checkbox"/></p> <p><b>Religião:</b> Católica <input checked="" type="checkbox"/> Protestante <input type="checkbox"/> Judaica <input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> Outra: _____</p> <p><b>Profissão/Ocupação:</b> <u>Reformado</u></p> <p><b>Nível de Escolaridade:</b> Sem Instrução <input type="checkbox"/> Sabe Ler e Escrever sem Instrução <input type="checkbox"/> De 1 a 4 anos <input type="checkbox"/> De 5 a 9 anos <input type="checkbox"/> De 10 a 12 anos <input type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/></p>                                                                                                                                                                                                                                          | <p><b>Data Admissão:</b> <u>19/04/2021</u></p> <p><b>Motivo da Admissão:</b> <u>Demência</u></p> <p><b>Proveniência:</b> Domicílio <input checked="" type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Outra Instituição <input type="checkbox"/> Qual: _____</p> <p><b>Pessoa de Referência:</b> <u>Filha</u> <b>Contacto:</b> _____</p> <p><b>Agregado familiar:</b> Cônjuge <input checked="" type="checkbox"/> Filhos <input checked="" type="checkbox"/> Outros elementos da família <input type="checkbox"/></p> <p><b>Diagnósticos Clínicos:</b> <u>Anos de doença, Ex-primária, doença degenerativa de natureza familiar, doença de Alzheimer, HTA, Demência de Alzheimer</u></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| AUTOCUIDADOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <p><b>Cuidar da Higiene</b></p> <p>Obtém objetos para o banho <input type="checkbox"/> Abre a torneira <input type="checkbox"/> Aplica produtos de higiene <input type="checkbox"/> penteia-se <input type="checkbox"/> Barbeia-se <input type="checkbox"/> Corta as unhas <input type="checkbox"/> Limpa-se após o uso do sanitário <input type="checkbox"/> Ajusta a roupa após o uso do sanitário <input type="checkbox"/></p> <p><b>(escolher apenas uma opção)</b> Lava e seca o corpo <input type="checkbox"/> Lava e seca partes do corpo <input checked="" type="checkbox"/> Quais? <u>pescoço, abd. (ex: rosto, membros superiores)</u></p> <p>Outras observações: <u>Exatidão e limpeza cuidadosa da higiene</u></p> <p><b>Conhecimento e capacidades sobre estratégias e/ou dispositivos</b></p> <p><u>Usa maquiagem para se maquiar</u></p> <p><b>Vestir-se ou despir-se</b></p> <p>Escolhe as roupas <input type="checkbox"/> Retira roupa da gaveta ou armário <input type="checkbox"/> Veste-se <input type="checkbox"/> Abotoa <input type="checkbox"/> Calça meias <input type="checkbox"/> Outras observações: <u>Usa 1º passo com 1º</u></p> <p><b>Conhecimento e capacidades sobre estratégias e/ou dispositivos</b></p> <p><u>Usa maquiagem para se maquiar</u></p> | <p><b>Virar-se</b></p> <p><b>(escolher apenas uma opção)</b> Não inicia o movimento de rodar o corpo na cama e não se posiciona <input checked="" type="checkbox"/> Inicia o movimento de rodar o corpo de um lado para o outro na cama, mas não o termina posicionando-se <input type="checkbox"/> Inicia o movimento de rodar o corpo de um lado para o outro na cama e termina o posicionando-se <input type="checkbox"/></p> <p>Outras observações: <u>Exatidão e limpeza cuidadosa da higiene</u></p> <p><b>Conhecimento e capacidades sobre estratégias e/ou dispositivos</b></p> <p><u>Usa maquiagem para se maquiar</u></p> <p><b>Erguer-se</b></p> <p><b>(escolher apenas uma opção)</b> Não inicia o movimento de levantar o corpo para a posição de pé <input checked="" type="checkbox"/> Inicia o movimento de levantar o corpo para a posição de pé, mas não o completa com sucesso <input type="checkbox"/> Levanta o corpo para a posição de pé com insegurança <input type="checkbox"/> Levanta o corpo para a posição de pé em segurança <input type="checkbox"/></p> <p>Outras observações: <u>Exatidão e limpeza cuidadosa da higiene</u></p> <p><b>Conhecimento e capacidades sobre estratégias e/ou dispositivos</b></p> <p><u>Usa maquiagem para se maquiar</u></p> <p><b>Transferir-se</b></p> <p><b>(escolher apenas uma opção)</b> Não se mobiliza entre duas superfícies próximas <input checked="" type="checkbox"/> Mobiliza-se entre duas superfícies próximas de forma insegura e lentificada <input type="checkbox"/></p> |

\* membros superiores  
\* 2 Usando maquiagem da sua maquiagem

### Alimentar-se

Leva os alimentos à boca/sonda de alimentação ☒ Prepara os alimentos para a refeição ☐ Organiza os alimentos para a refeição ☐

Outras observações Leva alimentos à boca com a ajuda

Conhecimento e capacidades sobre estratégias e/ou dispositivos

### Andar

Incapaz de realizar a marcha (mover as pernas passo a passo e sustentar o peso do corpo) ☒ Marcha lenta e insegura em pequenas distâncias planas ☐

Marcha lenta e insegura em plano inclinado ☐ Marcha com limitações para subir ou descer escadas ☐ Marcha sem limitações ☐

Outras observações Andando de andador continuamente de forma independente

Conhecimento e capacidades sobre estratégias e/ou dispositivos

### Andar com auxílio de marcha

Qual? Andador Utiliza corretamente dispositivo? Sim (ex: no lado

correto)

(escolher apenas uma opção) Incapaz de realizar a marcha (mover as pernas passo a passo e sustentar o peso do corpo) ☒ Marcha lenta e insegura em pequenas distâncias planas ☐ Marcha lenta e insegura em plano inclinado ☐

Marcha com limitações para subir ou descer escadas ☐ Marcha sem

limitações ☐ Outras observações

Conhecimento e capacidades sobre estratégias e/ou dispositivos

Atende bem a necessidade de andar na sala pequena

se entre duas superfícies próximas de forma segura e pronta ☐ Outras observações

Conhecimento e capacidades sobre estratégias e/ou dispositivos Não tem

### Sentar-se

Mobiliza o corpo para a posição de sentado a partir da posição de deitado:

Não inicia o movimento ☒ Inicia o movimento, mas não o consegue completar ☐

Modifica de forma pronta e segura a posição do corpo ☐

Outras observações

Conhecimento e capacidades sobre estratégias e/ou dispositivos Não tem

# REQUISITOS UNIVERSAIS DE VIDA

## MANUTENÇÃO E INGESTA SUFICIENTE DE AR, ÁGUA E ALIMENTO

T.A. Sist. 10 Diast. 64 (mmHg) Hipertensão ☐ Hipotensão ☐

Temp. 36.1 (°C) Axilar ☒ Oral ☐ Retal ☐ Memb. Timpânica ☐

Hipertermia ☐ Sub-Febril ☐ Hipotermia ☐

F.C. 84 (puls./min.) Rítmico ☒ Arritmico ☐ Normal ☒ Cheio ☒

Taquicardia ☐ Bradicardia ☐

F.R.: 21 c/min. Resp. Tipo: Torácica ☒ Abdominal ☒ Diafragmática ☐

Taquipneia ☐ Bradipneia ☐ Dispneia ☐ Ortopneia ☐

Regularidade: Regular ☒ Irregular ☐ Oximetria: 95 Sato<sub>2</sub>

Dispositivo de promoção da ventilação:

Inspirômetro de incentivo ☐ Máscara de pressão expiratória positiva ☐

Oscilador intra e extratorácico ☐ Ventilador de pressão positiva binível (BIPAP) ☐ Ventilador de pressão positiva contínua (CPAP) ☐

Tosse: Eficaz ☒ Não Eficaz ☒

Dirigida ☐ Huffing ☐ Assistida ☐ Recurso a cough-assist ☐

Conhecimento e capacidades sobre técnica de tosse

Não tem, não tem capacidade para se involucriar

Habitos Tabágicos: Não ☐ Sim ☒

Expectoração: Não ☒ Sim ☐

Características das secreções:

Conteúdo: Hemoptises ☐ Purulentas ☐ Mucopurulentas ☐

Consistência: Espessas ☐ Espumosas ☐ Fluidas ☐

Quantidade: Escassa ☒ Moderada ☐ Abundante ☐

Peso: 72 Kg Altura: 1.78 m IMC: 22.7 Kg/m<sup>2</sup>

Quantidade Líquidos: (<) Três Copos ☐ 3 a 5 Copos ☐ (>) 5 Copos ☒

Tipo de Líquidos: Água ☒ Sumo ☐ Café/Chá ☐ Leite ☐

☐ Outros ☐

Dispneia

Aumento da frequência respiratória ☐ Tiragem (retração e afundamento supra-esternal, supra clavicular e intercostal) ☐ Aumento do tempo expiratório ☐

Aumento de amplitude da caixa torácica ☐ Adejo nasal ☐ Contração e retração exageradas da parede abdominal ☐

Falta de ar

☐ Comunica falta de ar quando em repouso e em posição confortável

☐ Comunica falta de ar quando deitado em posição dorsal recumbente ou supina

☐ Comunica falta de ar ao realizar atividades que exigem pequeno esforço físico

☐ Comunica falta de ar ao realizar atividades que exigem grande esforço físico

☒ Não comunica falta de ar

Conhecimento e capacidades sobre exercícios respiratórios Não tem

Coloração da Pele e mucosas:

Rosada ☒ Pálida ☐ Cianosada ☐ Outra: \_\_\_\_\_

Outras Situações: \_\_\_\_\_

OBS: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Diabético: Não ☒ Sim ☐ Glicemia  
Capilar: \_\_\_\_\_ Avaliação/Hora \_\_\_\_\_

Refeições Diárias: Três ☐ (>) Três ☒

Dificuldades na Mastigação ☐ Disfagia ☐ Anorexia ☐ Náuseas ☐ Vômitos ☐ Flatulência ☐

Dentição: Completa ☐ Incompleta ☒ Próteses: Fixa ☐ Removível ☒  
Apetite: Normal ☒ Aumentado ☐ Diminuído ☐ Ausente ☐

Preferências Alimentares: Alca Restrições: Sim ☒ Não ☐  
☐ Vegetariana Vegetariana

Cultura/Religião Vs Alimentação: Não ☒ Sim ☐

Qual: \_\_\_\_\_

Alimentação/Dieta: Normal ☒ Pausa ☐ Recusa ☐ Outra ☐

Qual: \_\_\_\_\_

Disfagia: Líquidos ☐ Sólidos ☐

Via Alimentar: Oral ☒ SNG ☐ Data/Colocação: \_\_\_\_\_

Substituição: \_\_\_\_\_

Conhecimento e capacidades sobre técnicas de prevenção de aspiração  
Não tem, mas tem capacidade para aprender

#### PROVISÃO DE CUIDADOS COM ELIMINAÇÃO E EXCREÇÃO

Freq. Micções Diárias: \_\_\_\_\_

Meios Utilizados: Fralda ☒ Motivo: Incontinência Urinária Ureteral e fecal

Motivo: \_\_\_\_\_

Cateter Urinário ☐ Motivo: \_\_\_\_\_ Ir ao Sanitário ☐

Incontinência urinária ☐ Retenção Urinária ☐ Globo Vesical ☐ Disúria ☐

Características da Urina: Normal, odor característico, normal

Volume: Anúria ☐ Oligúria ☐ Poliúria ☐ - Déb. \_\_\_\_\_

Aspecto: Límpida/Translúcida ☒ Turva/Concentrada ☒

Coloração: Normal ☒ Hemática (Hematuria) ☐ Amarelo Escuro ☒ Amarelo

Vivo ☐ Piúria ☐

Hábitos Alcoólicos: Não ☒ Sim ☐

Presença de Dor à micção: Não ☒ Sim ☐



Incontinência Fecal ☒ Obstipação ☐ Diarreia ☐ Hemorroides ☐ Ostomias/Tipo de Dispositivo \_\_\_\_\_

Melenas ☐ Fecalomas ☐ Flatulência ☐



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Atividade Física:</b> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Tipo: _____ Freq. _____<br><b>Sono Noturno/Ne Horas:</b> <u>4h</u> <b>Sono Diurno/Ne Horas:</b> _____<br><b>Medicação para indução Sono:</b> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/><br><b>OBS:</b> <u>Uso de insulinas de longa duração sem auxílio de tabelas, última dose não realizada, mas não tem consciência para não insulinar</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>SOLIDÃO E INTERAÇÃO SOCIAL</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Percepção/Cognição</b><br><b>Olhos:</b> Diminuição Acuidade Visual - Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Dtº <input type="checkbox"/> Esqº <input type="checkbox"/><br>Nistagmo <input type="checkbox"/> Diplopia <input type="checkbox"/> Visão Turva <input type="checkbox"/> Próteses Oculares <input type="checkbox"/><br>Qual: _____<br>Ausência de Visão Dtº <input type="checkbox"/> Esqº <input type="checkbox"/><br><b>Ouvidos:</b> Diminuição Acuidade Auditiva - Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Dtº <input type="checkbox"/> Esqº <input type="checkbox"/><br>Zumbidos <input type="checkbox"/> Ausência de Audição Dtº <input type="checkbox"/> Esqº <input type="checkbox"/><br>Narinas: Secreções Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Dtº <input type="checkbox"/> Esqº <input type="checkbox"/><br><b>Expressão Oral:</b> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/><br><u>Vem com grande dificuldade em comunicar de forma verbal</u><br><b>Autopercepção</b><br>Autoestima _____<br>Aspectos Positivos <u>Vem gostar de ser pintado</u><br>Aspectos Negativos _____ | <b>Dor Ocular</b> <input type="checkbox"/> Escotomas <input type="checkbox"/><br><b>Dor/Prurido Auditivo:</b> Cerúmen <input type="checkbox"/> Lesão Ulcerativa <input type="checkbox"/> Outras: _____<br>Respiração nasal obstruída <input type="checkbox"/> Sangramento nasal <input type="checkbox"/><br>Afasia <input type="checkbox"/> Disartria <input type="checkbox"/><br>Distúrbios da Imagem corporal <input type="checkbox"/> Feedback Negativo sobre si <input type="checkbox"/> Isolamento Social <input type="checkbox"/> |
| <b>Papeis/Relacionamentos</b><br><b>Rede de Apoio Social:</b> Satisfeito <input type="checkbox"/> Insatisfeito <input type="checkbox"/><br><b>Motivo:</b> _____<br><b>Relações de Proximidade (Familiar, Rede Social e Serviços de Cuidados):</b><br>Satisfeito <input type="checkbox"/> Insatisfeito <input type="checkbox"/><br><b>Motivo:</b> _____<br><b>Participação da Família no tratamento da(s) sua(s) Condição(ões) de saúde:</b><br>Satisfeito <input type="checkbox"/> Insatisfeito <input type="checkbox"/><br><b>Motivo:</b> _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

PREVENÇÃO DE RISCOS PARA A VIDA, AO FUNCIONAMENTO E AO BEM-ESTAR HUMANO

Princípios de Vida

Estado Consciência

Orientado ☐ Desorientado ☒ - Tempo ☐ Espaço ☐ Conflito ☒ Sonolento ☒

Estado Emocional

Calmo ☐ Ansioso - Não ☐ Sim ☒ Motivo: ? Estratégias: ?

Agressivo ☐ Agitado ☒ Apático ☐ Deprimido ☐

Quedas no último ano: Não ☒ Sim ☐

Fatores intrínsecos modificáveis: \_\_\_\_\_

Hábitos Exatistas: Não ☒ Sim ☐ Tipo/Quantidade: \_\_\_\_\_

Hábitos Tabágicos: Não ☐ Sim ☒ Tipo/Quantidade: 100 por período de 10h

Religiosidade/Crenças: Católico

Positividade Sentido de Vida: Diante da realidade, persistir e lutar a vida

Segurança/Proteção/Conforto

Institucionalização: Temporária ☐ Permanente ☒ Qualidade: \_\_\_\_\_

Automedicação: Não ☒ Sim ☐ Motivo: \_\_\_\_\_

Queixas de Dor: Localizada ☐ Generalizada Não ☒ Sim ☐

PROMOÇÃO DA SAÚDE

Conscientização da sua condição de Saúde: Não ☒ Sim ☐

Significado que atribui à sua Condição de Saúde: Não se aplica à vida do grande

Que medidas têm realizado para melhorar sua Saúde: \_\_\_\_\_

Participa em atividades de Educação em Saúde: Não ☐ Sim ☐ Quais: \_\_\_\_\_

Situação Vacinal: Incompleta ☐ Atualizada ☐ Não sabe ☒

Outras Situações: Uso de baralho, sempre à mesa de uma associação de saúde

OBS: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

REQUISITOS DE DESENVOLVIMENTO HUMANO

PROCESSO SAÚDE / DOENÇA

Interesse em aprender: Não ☐ Sim ☐ Não se Aplica ☒

Queixas atuais: \_\_\_\_\_

Análises / Exames periódicos realizados: Não ☐ Sim ☐ Não se Aplica ☒

Cirurgias Realizadas/Ano: \_\_\_\_\_

Interferência da(s) Condição(ões) de Saúde na Vida (0 a 10): 0

Adesão ao regime Terapêutico: Não ☐ Motivo \_\_\_\_\_ Sim ☒

Alergias: Não ☐ Sim ☐ Quais: \_\_\_\_\_

Medicamentos em Uso: X?

Fármaco \_\_\_\_\_ Horário \_\_\_\_\_ Posologia \_\_\_\_\_ Dificuldades \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- \* 1) Participação em várias atividades de lazer com a equipe multidisciplinar
- \* 2) Ler e escrever bastante com o aluno, demonstrando respeito e empatia
- \* 3) Atividade teórica do caso clínico