



ANEXO I

LAUDO MÉDICO

1. IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO:

- 1.1: NOME: _____
1.2 IDADE: _____ 1.3 SEXO: () FEMININO () MASCULINO
1.4 CAUSA BÁSICA CID 10: _____
1.5 CAUSA INDICADORA DA ESTOMIA – CID 10: _____
1.6: HOSPITAL/CIDADE/ ESTADO ONDE A ESTOMIA FOI REALIZADA: _____
1.7 DATA DA CIRURGIA: _____

2. ESTOMIA

2.1 TIPO DE ESTOMIA

- () COLOSTOMIA
- () CÓLON ASCENDENTE
() CÓLON TRANSVERSO À DIREITA
() CÓLON TRANSVERSO À ESQUERDA
() CÓLON DESCENDENTE
() CÓLON SIGMÓIDE
- () COLOSTOMIA ÚMIDA (COM DERIVAÇÃO URINÁRIA)
() ILEOSTOMIA
() UROSTOMIA
() OUTRAS ESPECIFICAR: _____

2.2 DURAÇÃO DA ESTOMIA:

- () DEFINITIVA () TEMPORÁRIA TEMPO PREVISTO: _____

2.3 CARACTERÍSTICAS DO ESTOMA

- () TERMINAL
() EM ALÇA
() DUPLA
() DUAS BOCAS

2.4 LOCAL DO ESTOMA

- () QUADRANTE SUPERIOR DIREITO
() QUADRANTE SUPERIOR ESQUERDO
() QUADRANTE INFERIOR DIREITO
() QUADRANTE INFERIOR ESQUERDO
() OUTRO _____

3. LOCAL E DATA: _____

4. ASSINATURA E CARIMBO: _____