



ESTADO DE SANTA CATARINA

Secretaria de Estado da Saúde

Superintendência de Serviços Especializados e Regulação – SUR

Área Técnica da Saúde da Pessoa com Deficiência – ATPCD

Serviço Estadual de Atenção à Saúde da Pessoa com Doenças Raras

FICHA DE AVALIAÇÃO DE EPIDERMÓLISE BOLHOSA

PACIENTE:	
DATA DE NASC. ___/___/___	IDADE: _____ ALTURA: _____ PESO: _____
DIAGNÓSTICO CLÍNICO:	TIPO DE EB:

LOCALIZAÇÃO DAS LESÕES x MEDIDAS:



Cabeça Pescoço: _____

Tronco Anterior: _____

Tronco posterior: _____

Posterior braço direito: _____

Posterior braço esquerdo _____

Antebraço direito: _____

Antebraço esquerdo: _____

Mão direita: _____

Mão esquerda: _____

Nádegas: _____

Genitália: _____

Coxa direita: _____

Coxa esquerda: _____

Posterior Coxa direita: _____

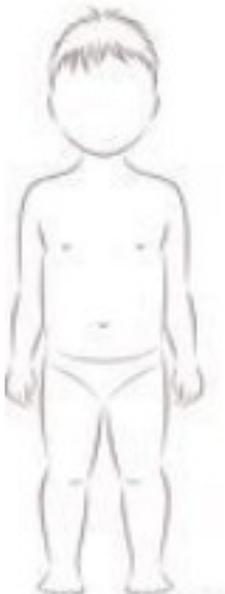
Posterior da Coxa esquerda: _____

Panturrilha direita: _____

Panturrilha esquerda: _____

Pé direito: _____

Pé esquerdo: _____





ESTADO DE SANTA CATARINA

Secretaria de Estado da Saúde

Superintendência de Serviços Especializados e Regulação – SUR

Área Técnica da Saúde da Pessoa com Deficiência – ATPCD

Serviço Estadual de Atenção à Saúde da Pessoa com Doenças Raras

QUANTIDADE LESÕES AGUDAS:

QUANTIDADE DE LESÕES CRÔNICAS:

LESÕES INTERNAS:

LESÕES DE DIFÍCIL CICATRIZAÇÃO:

TAMANHO DAS LESÕES: () 2CM A 4CM () 4 CM A 6CM () 6CM A 8CM () 8CM A 10CM

PROFUNDIDADE: _____

BORDAS: () REGULARES () IRREGULARES () MACERADAS () HIPEREMIADAS () RESSECADAS

CONDIÇÕES DA PELE: () RESSECADA () PRESERVADA () HIPEREMIADA () DERMATITE () CROSTAS

() TEMPERATURA QUENTE () TEMPERATURA FRIA () INFLAMAÇÃO () EDEMA () ESCORIAÇÕES

TIPO DE BANHO: () TOALHA PARA BANHO () IMERSÃO () ASPERÇÃO

QUANTIDADE DE BANHO AO DIA:

EXSUDADO: () PRESENTE () AUSENTE

TIPO DE EXSUDATO: () SEROSO () SEROSANGUINOLENTO () SANGUINOLENTO () PURULENTO

() POUCO EXSUDADO () MODERADO () GRANDE QUANTIDADE

() ODOR CARACTERÍSTICO () ODOR FÉTIDO

() PRESENÇA DE TECIDO NECRÓTICO. LOCALIZAÇÃO _____

() TECIDO DE EPITELIZAÇÃO () TECIDO DE GRANULAÇÃO () TECIDO DE ESFACELO

() TECIDO DESVITALIZADO () OUTROS _____

COMPLICAÇÕES: _____

INTERNAÇÕES RECENTES: _____

TRATAMENTOS ANTERIORES:



ESTADO DE SANTA CATARINA

Secretaria de Estado da Saúde

Superintendência de Serviços Especializados e Regulação – SUR

Área Técnica da Saúde da Pessoa com Deficiência – ATPCD

Serviço Estadual de Atenção à Saúde da Pessoa com Doenças Raras



Outras Observações:

INDICAÇÕES DE USO DE CURATIVOS:

Necessidade de troca: () diária () 48 horas () 72 horas

TIPO DE MATERIAL E QUANTIDADE A SER UTILIZADO:

- () Antiadesivos
- () Cobertura Antimicrobiana
- () Cobertura Lípido colóide
- () Cobertura Hidrofibra
- () Espuma com Surfactante
- () Espuma de Poliuretano e Silicone
- () Espuma de Poliuretano e Silicone em Placa
- () Faixa Tubular (trama fechada)
- () Faixa Tubular (trama espaçada)
- () Fita Adesiva Atraumática
- () Hidrogel
- () Membrana de celulose
- () PHMB (polihexamida)
- () Spray Barreira Protetora
- () Tela de Silicone

Justificativa de acordo com Protocolo Clínico:

Data da avaliação: ____ / ____ / ____ Profissional responsável: _____



ESTADO DE SANTA CATARINA

Secretaria de Estado da Saúde

Superintendência de Serviços Especializados e Regulação – SUR

Área Técnica da Saúde da Pessoa com Deficiência – ATPCD

Serviço Estadual de Atenção à Saúde da Pessoa com Doenças Raras