

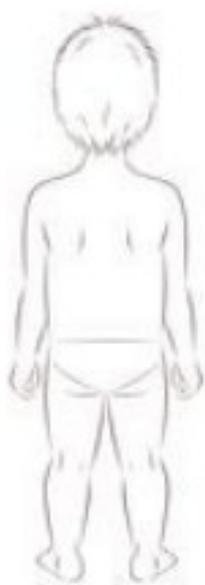
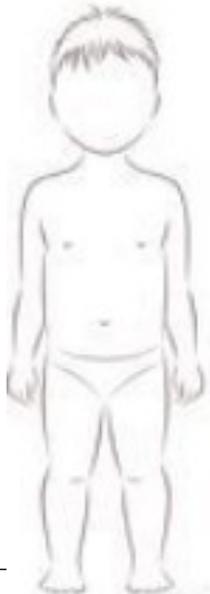


ESTADO DE SANTA CATARINA
Secretaria de Estado da Saúde
Superintendência de Atenção à Saúde – SAS
Diretoria de Atenção Especializada – DAES
Gerência de Habilitações e Redes de Atenção - GEHAR
Serviço Estadual de Atenção à Saúde da Pessoa com Doenças Raras

FICHA DE AVALIAÇÃO DE EPIDERMÓLISE BOLHOSA

PACIENTE: _____ TELEFONE: (____) _____	
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: _____

QUANTIDADE LESÕES AGUDAS: _____



ESTADO DE SANTA CATARINA

Secretaria de Estado da Saúde

Superintendência de Atenção à Saúde – SAS

Diretoria de Atenção Especializada – DAES

Gerência de Habilitações e Redes de Atenção - GEHAR

Serviço Estadual de Atenção à Saúde da Pessoa com Doenças Raras

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 Atenção à Saúde – SAS
Diretoria de Atenção Especializada – DAES
Gerência de Habilitações e Redes de Atenção - GEHAR
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: CÓDIGOS CONFORME ANEXO II

Colocar a QUANTIDADE mensal e CÓDIGOS:

- Ataduras _____
- Camadas Flexíveis Cicatrizantes _____
- Curativo Hidrocelular (para traqueostomia) _____
- Creme Barreira Formador de Filme Protetor, Calmante _____
- Curativo Atraumático de espuma e silicone para Transferência de Exsudato _____
- Curativo de Membrana Celulose Cristalina Sintetizada _____
- Curativo Dupla Camada de Carboximetilcelulose _____
- Curativo Dupla Camada: Espuma Absorvível e Silicone Perfurado _____
- Curativo 5 camadas:filme de poliuretano, espuma absorvente, camada de ligação, carboximetilcelulose e silicone perfurado _____
- Curativo Espuma Absorvente e Silicone Pefurado _____
- Curativo Filme Poliuretano Perfurado e Polietileno _____
- Curativo Poliamida Revestido Silicone Suave _____
- Curativo Prata, Carboximetilcelulose e Celulose Regenerada _____
- Curativo Silicone Bi-elástico e Lycra _____
- Curativo Espuma de Poliuretano e Silicone _____



ESTADO DE SANTA CATARINA

Secretaria de Estado da Saúde

Superintendência de Atenção à Saúde – SAS

Diretoria de Atenção Especializada – DAES

Gerência de Habilitações e Redes de Atenção - GEHAR

Serviço Estadual de Atenção à Saúde da Pessoa com Doenças Raras

- Fita Silicone, Poliéster, Poliamida e Poliuretano _____
- Gel Debridador _____
- Gel Hidroativo Viscoso com Carboximetilcelulose _____
- Hidrogel de Polihexanida 0,1% betaína _____
- Malha Tubular com Elasticidade Bidirecional, trama fina _____
- Malha Poliextensível, trama larga _____
- Protetor Cutâneo a Base de Solução Polimérica, sem Álcool, Spray _____
- Solução de Limpeza e Descontaminação de Feridas, com PHMB _____
- Spray Barreira Formador de Filme Protetor, Calmante _____
- Spray Removedor de Adesivos Cutâneos _____

Justificativa de acordo com Protocolo Clínico:

Data da avaliação: ____/____/____

Profissional responsável: _____