



ANEXO II

AVALIAÇÃO TÉCNICA DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

1.1 NOME: _____
1.2 IDADE: _____ 1.3 SEXO: () FEMININO () MASCULINO
1.3 TELEFONE DO PACIENTE: _____

2. CARACTERÍSTICAS DO ESTOMA

2.1 TAMANHO: _____ MM
2.2 ALTURA: _____ MM
2.3 FORMATO: () REDONDO () OVAL () OUTROS _____
2.4 COMPLICAÇÕES DO ESTOMA E PELE PERIOSTOMA
() AUSENTE () DERMATITE () RETRAÇÃO () NECROSE
() HÉRNIA () ESTENOSE () PROLAPSO
() ABCESSO () OUTRAS _____

3. TIPO DE EQUIPAMENTO

3.1 SISTEMA COLETOR: () EFLUENTE INTESTINAL () EFLUENTE URINÁRIO
() UMA PEÇA () DUAS PEÇAS
() DRENÁVEL () FECHADA
() TRANSPARENTE () OPACA
() RESINA PLANA () RESINA CONVEXA
3.2 QUANTIDADE: _____ /MÊS
3.3 ADJUVANTES:
3.3.1 DE PROTEÇÃO: () NÃO () PÓ () ANEL () PLACA
() SPRAY BARREIRA () PASTA COM ÁLCOOL
3.3.2 DE SEGURANÇA: () NÃO () CINTO () DESODORIZANTE () FILTRO
3.4. BOLSA COLETORA DE URINA DE USO NOTURNO: () SIM () NÃO

4. OBSERVAÇÕES

3. LOCAL E DATA: _____

4. ASSINATURA E CARIMBO(ENFERMEIRO): _____