



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 PERIESTOMA

() DERMATITE () RETRAÇÃO () DESNÍVEL DE PELE

() HÉRNIA () PROLAPSO () GRANULOMA

() DESCOLAMENTO MUCO-CUTÂNEO () OUTRAS _____

() AUSENTE

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: () PASTA () PÓ () PLACA 10X10

() ANEL CONVEXO () ANEL PLANO

() SPRAY BARREIRA

() NENHUM

3.3.2 DE SEGURANÇA: () DESODORIZANTE () CINTO () FILTRO

() NENHUM

3.4. BOLSA COLETORA DE URINA USO NOTURNO: () SIM () NÃO

4. OBSERVAÇÕES

3. LOCAL E DATA: _____

4. ASSINATURA E CARIMBO (ENFERMEIRO): _____