



ESTADO DE SANTA CATARINA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE – SAS  
DIRETORIA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA - DAES  
GERENCIA DE HABILITAÇÃO E REDES DE ATENÇÃO - GEHAR  
COORDENAÇÃO DA ÁREA TÉCNICA DA SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA -ATPCD  
SERVIÇO DE ATENÇÃO A SAÚDE DAS PESSOAS COM ESTOMIAS

## *ANEXO III*

### **FICHA DE ALTERAÇÃO DE MATERIAIS PARA ESTOMIA**

**MACRO:** \_\_\_\_\_

#### **1. IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO**

Nome: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_

#### **2. DADOS RELATIVOS AO MATERIAL EM USO (Listar materiais atualmente em uso)**

Código do Material Atual: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Quantitativo Mensal Atual: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Complicações do estoma no momento da avaliação: \_\_\_\_\_

#### **3. JUSTIFICATIVA TÉCNICA (Descrever as razões para a troca)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### **4. ALTERAÇÃO (Indicar materiais a serem utilizados)**

4.1 Sistema Coletor: ( ) 1 Peça ou ( ) 2 Peças

4.2 ( ) Transparente ou ( ) Opaca

4.3 Código(s): \_\_\_\_\_

4.4 Quantidade: \_\_\_\_\_

4.5 Adjuvantes de Proteção: ( ) Não

Sim: Anel ( ) Convexo ( ) Plano

( ) Pasta ( ) Pó ( ) Placa 10cm x 10cm

( ) Protetor cutâneo (spray barreira)

4.6 Adjuvantes de Segurança: ( ) Não

Sim: ( ) Cinto ( ) Desodorizante ( ) Filtro

**5. LOCAL:** \_\_\_\_\_ **6. DATA:** \_\_\_\_\_

**7. ASSINATURA E CARIMBO DO ENFERMEIRO:** \_\_\_\_\_