

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS AO PACIENTE ONCO-HEMATOLÓGICO			
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO AMBULATÓRIO DE QUIMIOTERAPIA			
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO			
Nome:		Prontuário:	
Data de nascimento:	Sexo:	Raça:	Procedência:
Estado civil:	Escolaridade:	Profissão:	
Diagnóstico clínico:		Protocolo Quimioterápico:	Nº de ciclos:
Fases do tratamento: ( ) Inicial ( ) Recidiva ( ) Paliativa		Tratamento anterior:	
Transplante de células tronco-hematopoéticas: ( ) Sim ( ) Não		Tipo:	Data do procedimento:
PERCEPÇÕES E EXPECTATIVAS RELACIONADAS À DOENÇA			
Queixa principal:			
Resumo/doença atual:			
Antecedentes clínicos pessoais / familiares/oncológicos:			
Conhecimento sobre a doença e o tratamento: ( ) Orientado ( ) Pouco orientado ( ) Prefere não falar sobre o assunto ( ) Prefere que os familiares sejam orientados			
Medicamentos em uso:		Dose:	Tempo de uso:
Alergias: ( ) Não ( ) Sim Tipo:			
Intolerância à medicamentos: ( ) Sim ( ) Não			
AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICBIOLÓGICAS			
Oxigenação	FR _____ mrpm ( ) Dispneia ( ) Tosse ( ) Expectoração Característica da secreção _____ Uso de oxigênio: ( ) Cateter ( ) Máscara Volume _____		
Hidratação	Ingere líquidos com frequência: ( ) sim ( ) não Quantos copos/dia _____ Tipo de líquidos ingeridos: ( ) Água ( ) Suco natural ( ) Suco artificial ( ) Refrigerante		
Nutrição	Peso ____ Kg Altura ____ cm IMC _____ Apetite: ( ) Preservado ( ) Diminuído ( ) Aumentado Tipo de dieta _____ Nº de refeições/dia _____ ( ) Emagrecido ( ) Desnutrido ( ) Obeso ( ) Anorexia ( ) Odínofagia ( ) Disfagia ( ) Xerostomia ( ) Náusea		
Eliminação	Urínaria e Intestinal (frequência/característica) _____ Apresenta: ( ) Disúria ( ) Hematúria ( ) Anúria ( ) Oligúria ( ) Polaciúria ( ) Incontinência urinária ( ) Diarréia ( ) Constipação ( ) Vômito ( ) Melena		
Sono e repouso	Hábito de sono: Período _____ Duração _____ Apresenta: ( ) Insônia ( ) Sonolência ( ) Fadiga Frequência/horário de maior fadiga _____ Nível de fadiga: ( ) Leve (0 a 2) – não interfere nas AVD* ( ) Moderada (3 a 7) – interfere, mas não incapacita para AVD* ( ) Intensa (8 a 10) – incapacita para as AVD*		
Atividade física	Praticar exercícios ( ) sim ( ) não Qual _____ Frequência _____ Apresenta: ( ) Limitação física Qual _____		
Sexualidade e reprodução	Atividade sexual: ( ) Satisfatória ( ) Não satisfatória ( ) Não tem relação sexual Apresenta: ( ) Disfunção erétil ( ) Amenorréia ( ) Ressecamento vaginal ( ) Redução da libido ( ) Dispareunia ( ) Uso de métodos contraceptivos Quais _____		
Segurança física e do meio ambiente	Faz uso de: ( ) Álcool ( ) Fumo ( ) Drogas Tipo _____ Moradia: ( ) Luz ( ) Água encanada ( ) Rede de esgoto		
Cuidado corporal e ambiental	Déficit no autocuidado higiene corporal: ( ) Não ( ) Sim Qual _____ Déficit no autocuidado higiene oral: ( ) Não ( ) Sim Qual _____ Higiene domiciliar: ( ) Adequada ( ) Inadequada		
Integridade física	Apresenta: ( ) Pele íntegra ( ) Hematomas ( ) Petéquias ( ) Mucosite ( ) Infecções cutâneas ( ) Palidez ( ) Urticária ( ) Adenomegalias ( ) Outras lesões de pele _____		

<b>Regulação: crescimento celular e desenvolvimento funcional</b>	Apresenta: ( ) Neutropenia ( ) Plaquetopenia ( ) Anemia ( ) Alopecia Valores: neutrófilos _____ plaquetas _____ hemoglobina _____
<b>Regulação vascular</b>	PA ____ x ____ mmHg FC ____ bpm P ____ bpm Presença de: ( ) Arritmias ( ) Hipertensão ( ) Hipotensão ( ) Hipoalbuminemia ( ) Edema ( ) Flebites Sangramento: ( ) Gengival ( ) Nasal ( ) Intestinal ( ) Outros _____ Acesso venoso: ( ) Central ( ) Periférico Condições da rede venosa: ( ) Boa ( ) Regular ( ) Ruim
<b>Regulação térmica</b>	Temperatura ____ °C Sente: ( ) Frio ( ) Calafrios Alteração da temperatura na última semana: ( ) Sim ( ) Não ____ °C
<b>Regulação neurológica</b>	( ) Consciente ( ) Orientado ( ) Confuso ( ) Ansioso ( ) Depressivo ( ) Sonolento Presença de: ( ) Formigamento ( ) Dormência ( ) Fraqueza muscular ( ) Outros _____
<b>Regulação hormonal</b>	Níveis glicêmicos: ____ mg/dL Apresenta: ( ) Sede excessiva ( ) Micção frequente ( ) Fome intensa ( ) Cansaço fácil ( ) Tontura ( ) Vertigem
<b>Sensopercepção</b>	Dor: ( ) Sim ( ) Não Tipo _____ Local _____ Intensidade _____ ( ) Disgeusia
<b>Terapêutica e de prevenção</b>	Tem necessidade de: ( ) apoio emocional ( ) apoio de informações ( ) Apoio familiar ( ) Apoio social ( ) Apoio econômico Forma de adesão ao tratamento: ( ) Cumpre totalmente ( ) Cumpre parcialmente ( ) Não cumpre
<b>AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS E PSICOESPIRITUAIS</b>	
<b>Comunicação</b>	Apresenta alterações da fala: ( ) Sim ( ) Não Apresenta dificuldade para entender o que os profissionais falam: ( ) Sim ( ) Não
<b>Gregária</b>	Sente apoio da família: ( ) Sim ( ) Não Relações sociais: ( ) Preservadas ( ) Diminuídas Recebe suporte financeiro da família para o tratamento? ( ) Sim ( ) Não
<b>Recreação e lazer</b>	Participa de atividades de recreação e lazer: ( ) Sim ( ) Não Quais _____
<b>Segurança emocional</b>	Enfrenta a doença com: ( ) Angústia ( ) Estresse ( ) Desesperança ( ) Preocupações ( ) Incerteza ( ) Medo da propagação e/ou recorrência do câncer ( ) Sofrimento ( ) Desespero ( ) De forma positiva
<b>Amor, aceitação</b>	Sente-se rejeitado e estigmatizado por pessoas: ( ) Sim ( ) Não Problemas no relacionamento com seu companheiro após diagnóstico e tratamento: ( ) Sim ( ) Não Qual tipo de problema _____
<b>Autoestima, autoconfiança e auto respeito</b>	Diminuição da autoestima: ( ) Sim ( ) Não Quanto a imagem corporal alterada, sente-se: ( ) satisfeita ( ) insatisfeita ( ) Vergonhosa
<b>Liberdade e participação</b>	( ) Participa de grupo social de apoio ao paciente oncológico ( ) Conhece e exerce os direitos do paciente oncológico
<b>Educação para saúde e aprendizagem</b>	Compreende sobre sua doença, riscos envolvidos e tipo de tratamento: ( ) Sim ( ) Não Usa estratégias de enfrentamento do câncer ( ) Sim ( ) Não Quais _____
<b>Autorrealização</b>	Sente-se capaz de realizar suas atividades de vida diárias: ( ) Sim ( ) Não Possui fonte de renda fixa: ( ) atividades remuneradas ( ) Aposentadoria ( ) Pensão Restrição e/ou afastamento do trabalho: ( ) Sim ( ) Não
<b>Garantia de acesso à tecnologia</b>	Tem acesso a: ( ) Medicamentos ( ) Exames ( ) Serviços de saúde Forma de acesso: ( ) SUS ( ) Convênio ( ) Particular
<b>Religiosidade/espiritualidade</b>	Possui religião, crença ou fé: ( ) Não ( ) Sim Qual _____ É praticante? _____
Enfermeiro: _____ COREn: _____ Data: ____/____/____	