

Roteiro de rastreamento para úlceras ou infecções em membros inferiores para as pessoas com DM

Nome: _____

Data de nascimento: _____

Tipo de diabetes: tipo 1 () tipo 2 () não sei ()

Tempo de diabetes: ___anos ___meses não sei ()

Histórico	
Doença Renal	Sim () Não ()
Cirurgia vascular	Sim () Não ()
Angioplastia	Sim () Não ()
Doença ocular – visão comprometida	Sim () Não ()
Fadiga nas pernas	Sim () Não ()
Úlceras ou infecções em membros inferiores	Sim () Não () ano
Amputação prévia	Sim () Não () ano
Tabagismo	Sim () Não ()

Pé esquerdo		Pé direito	
Dor	Sim () Não ()	Dor	Sim () Não ()
Queimação	Sim () Não ()	Queimação	Sim () Não ()
Dormência	Sim () Não ()	Dormência	Sim () Não ()
Formigamento	Sim () Não ()	Formigamento	Sim () Não ()

Inspeção	
Calçados	
Apropriado	Sim () Não ()
Adaptados	Sim () Não ()
Material adequado	Sim () Não ()
Costura da parte interna	Sim () Não ()
Confortáveis	Sim () Não ()
Tamanho apropriado	Sim () Não ()
Palmilhas	Sim () Não ()
Meias	
Material adequado	Sim () Não ()
Costura da parte interna	Sim () Não ()

Exame físico	
Peso	Kg
Altura	Cm
IMC	Kg/m ²
Temperatura	°C
Frequência Cardíaca	Bpm
Frequência Respiratória	FR

Pé esquerdo		Pé direito	
Pulso pedioso	Palpável () Não palpável ()	Pulso pedioso	Palpável () Não palpável ()
Pulso tibial	Palpável () Não palpável ()	Pulso tibial	Palpável () Não palpável ()

Pé esquerdo		Pé direito	
Pele seca	Sim () Não ()	Pele seca	Sim () Não ()
Rachaduras	Sim () Não ()	Rachaduras	Sim () Não ()
Unhas encravadas	Sim () Não ()	Unhas encravadas	Sim () Não ()
Unhas corte adequado	Sim () Não ()	Unhas corte adequado	Sim () Não ()
Maceração interdigital	Sim () Não ()	Maceração interdigital	Sim () Não ()
Micoses interdigital	Sim () Não ()	Micoses interdigital	Sim () Não ()
Onicomicose	Sim () Não ()	Onicomicose	Sim () Não ()
Calosidades	Sim () Não ()	Calosidades	Sim () Não ()
Pele fria	Sim () Não ()	Pele fria	Sim () Não ()
Cianose	Sim () Não ()	Cianose	Sim () Não ()
Palidez	Sim () Não ()	Palidez	Sim () Não ()
Pele quente	Sim () Não ()	Pele quente	Sim () Não ()
Eritema	Sim () Não ()	Eritema	Sim () Não ()
Edema	Sim () Não ()	Edema	Sim () Não ()
Ulceração	Sim () Não ()	Ulceração	Sim () Não ()
Infecção	Sim () Não ()	Infecção	Sim () Não ()
Secreção purulenta	Sim () Não ()	Secreção purulenta	Sim () Não ()

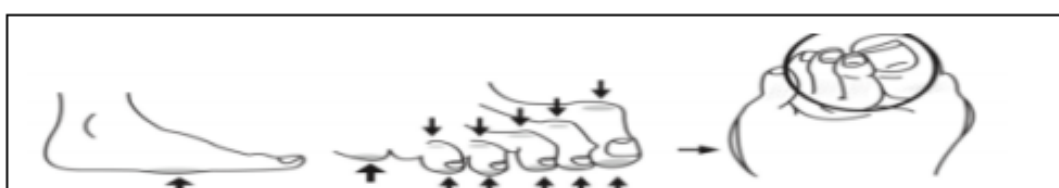




Figura 1. Áreas com pressão plantar anormal, favorecendo a úlcera em membros inferiores
Fonte: Diretrizes Sociedade Brasileira de Diabetes, 2019-2020 (adaptado).

Pé esquerdo		Pé direito	
Artropatia de Charcot	Sim () Não ()	Artropatia de Charcot	Sim () Não ()
Dedos em garra	Sim () Não ()	Dedos em garra	Sim () Não ()
Dedos cavalgados	Sim () Não ()	Dedos cavalgados	Sim () Não ()
Joanetes	Sim () Não ()	Joanetes	Sim () Não ()

Consegue realizar o cuidado	Sim () Não ()
Necessidade de ajuda para o autocuidado	Sim () Não ()
Totalmente dependente e ajuda para o autocuidado	Sim () Não ()

Rastreo para neuropatia diabética – perda da sensibilidade protetora (PSP) Teste com monofilamento de 10g	
	
Pé direito	Pé esquerdo
<input type="checkbox"/> sensibilidade protetora presente	<input type="checkbox"/> sensibilidade protetora presente
<input type="checkbox"/> sensibilidade protetora ausente	<input type="checkbox"/> sensibilidade protetora ausente
Se ausente indicar o local	Se ausente indicar o local
<input type="checkbox"/> Hálux	<input type="checkbox"/> Hálux
<input type="checkbox"/> 1ª cabeça de metatarso	<input type="checkbox"/> 1ª cabeça de metatarso
<input type="checkbox"/> 5ª cabeça de metatarso	<input type="checkbox"/> 5ª cabeça de metatarso

Fonte: Diretrizes do IWGDF sobre a prevenção e o tratamento de pé diabético (2020)

Anotações	
Nome do profissional e carimbo	
Data do exame	
Próximo exame	

Fonte: <https://doi.org/10.11606/D.22.2023.tde-12072023-105648>