

AVALIAÇÃO DA MULHER EM TRATAMENTO DE QUIMIOTERAPIA ANTINEOPLÁSICA

Dados sociodemográficos, clínicos e terapêuticos

Data da avaliação de Enfermagem: _____

Data nascimento: _____

Estado civil: () solteira () casada/união consensual () separada () viúva

Acompanhante no retorno: () sim () não

Data do início de tratamento antineoplásico: _____

Cor da pele: _____

Procedência: Cidade _____ Estado: _____

Escolaridade (anos de estudos completos): _____

Situação profissional: () ativa () do lar () aposentada () aguardando aposentadoria

() aposentada devido à doença () aposentada + trabalho () desempregada

Uso de medicamentos controlados: 1. () sim 2. () não

Nome do medicamento: _____ **Tempo de uso:** _____

Diagnóstico oncológico no prontuário eletrônico: _____

Data da confirmação do diagnóstico pelo exame anatomopatológico: _____

Localização primária: _____

Estadiamento: _____

Presença de metástases: () sim () não Especificar local: _____

Tratamentos prévios: () sim () não **Tipo:** () Neoadjuvante () Adjuvante

Qual? () Quimioterapia () Radioterapia () Quimioterapia e Radioterapia () Hormonioterapia

() Anticorpos monoclonais

Eventos adversos: () sim () não Especificar: _____

Cirurgia: () sim () não Data: _____ Estomia intestinal: () sim () não

Complicações pós-operatórias: () não () sim. Especificar: _____

Doenças associadas:

Obesidade () sim () não

Dislipidemia () sim () não

Hipotireoidismo () sim () não

Diabetes mellitus () sim () não

Problemas neurológicos () sim () não

Insuficiência renal crônica () sim () não

Hipertensão arterial sistêmica () sim () não

Outras doenças associadas () não () sim Especificar: _____

Tratamento de quimioterapia antineoplásica

Idade no dia do início do tratamento quimioterapia: _____

Tratamento neoadjuvante realizado: () não () sim Especificar: _____

Tratamento adjuvante realizado: () não () sim Especificar: _____

Medicamentos: _____

Protocolo utilizado: _____

Eventos adversos: () não () sim Especificar: _____

Outras Intercorrências: () não () sim Especificar: _____

Saúde sexual e reprodutiva

Idade da menarca: _____

Idade de início das relações sexuais: _____

Número de parceiros sexuais ao longo da vida: _____

Uso de método contraceptivo: () não () sim Especificar: _____

Ocorrência e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis: () não () sim Especificar: _____

Frequência e motivo de consulta ginecológica: _____

Procedimento ginecológico: () não () sim Especificar: _____

Tratamento hormonal: () não () sim Especificar: _____

Frequência de relações sexuais: _____

Sensação frente à relação sexual: _____

Número de gestações: _____

Idade da primeira gestação: _____

Número de partos: _____

Número de abortos: _____

Número de filhos vivos: _____

Observações gerais: _____
