

PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AOS PACIENTES COM ESTOMIAS ONCOLÓGICAS

A. CARACTERIZAÇÃO DA CLIENTELA
Justificativa: Dados para subsidiar o planejamento da assistência de enfermagem e a escolha de recursos.
A.1 Identificação do paciente
A.1.1 Nome do paciente:
A.1.2 Número do prontuário:
A.1.3 Número do leito:
A.1.4 Residência: () Belém () Outro: _____
A.2 Dados sociodemográficos
A.2.1 Idade:
A.2.2 Sexo: () M () F
A.2.3 Companheiro: () Sim () Não
A.3 Dados clínicos
A.3.1 Diagnóstica geradora da estomia:
A.3.2 Procedência do paciente na atual internação:
A.3.3 Comorbidade: () Diabetes mellitus () Hipertensão arterial () Outro: _____
A.3.4 Medicações em uso:
A.3.5 Altura: _____m Peso: _____Kg
A.3.6 Alergias: () Não () Sim: _____
A.3.7 Presença de dor: () Sim Intensidade (De zero a 10): _____ Local: _____() Não

B. DEFINIÇÃO DAS OPÇÕES TERAPÊUTICAS
Justificativa: Subsidiar o planejamento da assistência de enfermagem e a escolha de recursos.
B.1 Tratamentos realizados
B.1.1 Demarcação de estomia: () Não () Sim
B.1.2 Cirurgia: () Não () Sim Data: _____
B.1.3 Tipo de estomia: () Colostomia () Ileostomia () Outro: _____
B.1.4 Outros tratamentos neoadjuvante: () Quimioterapia () Radioterapia () Outro: _____
B.1.5 Outros tratamentos adjuvante: () Quimioterapia () Radioterapia () Outro: _____
B.1.6 Complicações pós-operatórias: () Não () Sim: _____
B.1.7 Recebeu orientação de cuidado estomia/equipamento coletor: () Não () Sim: _____
B.1.8 Complicações de estomia: () Não () Sim A- Complicações de estomia antes da alta hospitalar: Necrose () Deiscência mucocutânea () Retração () Estenose () Edema () Prolapso () Sangramento () Fístula () Infecção () Outras () _____
Resolução antes da alta hospitalar: Não () Sim () Qual? _____
B- Complicações de pele periestomia antes da alta hospitalar: () Não () Abscesso periestoma () Dermatite Irritativa () Dermatite Alérgica Outras () _____
Resolução para alta hospitalar Não () Sim () Qual? _____

B.2 Outros Problema de saúde
B.2.1 Problema Cardíaco: () Não () Sim: _____
B.2.2 Problema Respiratório: () Não () Sim: _____
B.2.3 Problema Neurológico: () Não () Sim: _____
B.2.4 Problema Músculo-esquelético: () Não () Sim: _____
B.2.5 Problema Urinário: () Não () Sim: _____
B.2.6 Problema Ginecológico: () Não () Sim: _____
B.2.7 Problema Digestório: () Não () Sim: _____
B.3.1 Serviço de Procedência: <input type="checkbox"/> Clínicas de internação HOL <input type="checkbox"/> Ambulatório de especialidades médicas <input type="checkbox"/> UAI <input type="checkbox"/> Ambulatório enfermagem <input type="checkbox"/> Demanda espontânea <input type="checkbox"/> QT <input type="checkbox"/> RT
Problemas Identificados <input type="checkbox"/> Dermatite Periestomal <input type="checkbox"/> Descolamento muco-cutâneo <input type="checkbox"/> Dificuldade no manuseio do equipamento coletor <input type="checkbox"/> Prolapso de estoma <input type="checkbox"/> Maceração na pele periestomal <input type="checkbox"/> Lesão na pele no local da sonda de nelaton <input type="checkbox"/> Estoma retraído
Conduta <input type="checkbox"/> Orientações com entrega de informativos <input type="checkbox"/> Troca do sistema coletor <input type="checkbox"/> curativo _____ <input type="checkbox"/> Treinamento paciente e familiar <input type="checkbox"/> Retirada de sonda de nelaton <input type="checkbox"/> Outras orientações (sexualidade, lazer e apoio emocional)
Encaminhamento/Contra-referência <input type="checkbox"/> URE <input type="checkbox"/> AOPA <input type="checkbox"/> Serviço Social <input type="checkbox"/> Serviço de Psicologia <input type="checkbox"/> Serviço de Nutrição e Dietética <input type="checkbox"/> Outras _____
C.1 IMPLEMENTAÇÃO DO PROTOCOLO
C.1 Data:
C.2 Diagnóstico Cuidados de enfermagem <hr/> <hr/>

<p>Finalidade: Reduzir o risco de lesões e infecção</p> <p>C.2.1 Intervenções de Enfermagem</p> <hr/> <hr/>
<p>C.2 Diagnóstico Cuidados de enfermagem</p> <hr/> <hr/>
<p>C.2.1 Intervenções de Enfermagem</p> <hr/> <hr/>
<p>E. IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO</p>
<p>E.1 Educação permanente</p> <p>Justificativa: Garantir a execução das ações previstas no protocolo.</p>
<p>Ações</p>
<p>E.1.1 Treinamento admissional para a equipe de enfermagem</p>
<p>E.1.2 Treinamentos periódicos para a equipe de enfermagem</p>
<p>E.2 Provisão de recursos humanos e materiais</p> <p>Justificativa: Garantir a execução das ações previstas.</p>
<p>Ações</p>
<p>E.2.1 Prever e prover recursos humanos capacitados para a implementação das ações previstas no protocolo</p>
<p>E.2.2 Prever e prover recursos materiais suficientes (deixar Kits para disponíveis para uso em procedimentos)</p>
<p>E.2.3 Avaliar periodicamente a previsão e a provisão de recursos humanos e materiais</p>
<p>E.2.4 Avaliar e revisar periodicamente o protocolo</p>
<p>Justificativa: Assegurar a implementação e a atualização do protocolo.</p>