

## PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AOS PACIENTES COM ESTOMIAS ONCOLÓGICAS

<b>A. CARACTERIZAÇÃO DA CLIENTELA</b>
<b>Justificativa:</b> Dados para subsidiar o planejamento da assistência de enfermagem e a escolha de recursos.
<b>A.1 Identificação do paciente</b>
A.1.1 Nome do paciente:
A.1.2 Número do prontuário:
A.1.3 Número do leito:
A.1.4 Residência: ( ) Belém ( ) Outro: _____
<b>A.2 Dados sociodemográficos</b>
A.2.1 Idade:
A.2.2 Sexo: ( ) M ( ) F
A.2.3 Companheiro: ( ) Sim ( ) Não
<b>A.3 Dados clínicos</b>
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>B. DEFINIÇÃO DAS OPÇÕES TERAPÊUTICAS</b>
<b>Justificativa:</b> Subsidiar o planejamento da assistência de enfermagem e a escolha de recursos.
<b>B.1 Tratamentos realizados</b>
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 <b>A- Complicações de estomia antes da alta hospitalar:</b> Necrose ( ) Deiscência mucocutânea ( ) Retração ( ) Estenose ( ) Edema ( ) Prolapso ( ) Sangramento ( ) Fístula ( ) Infecção ( ) Outras ( ) _____
<b>Resolução antes da alta hospitalar:</b> Não ( ) Sim ( ) Qual? _____
<b>B- Complicações de pele periestomia antes da alta hospitalar:</b> ( ) Não ( ) Abscesso periestoma ( ) Dermatite Irritativa ( ) Dermatite Alérgica Outras ( ) _____
<b>Resolução para alta hospitalar</b> Não ( ) Sim ( ) Qual? _____

<b>B.2 Outros Problema de saúde</b>
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>B.3.1 Serviço de Procedência:</b> <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
<b>Problemas Identificados</b> <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
<b>Conduta</b> <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)
<b>Encaminhamento/Contra-referência</b> <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 _____
<b>C.1 IMPLEMENTAÇÃO DO PROTOCOLO</b>
<b>C.1 Data:</b>
<b>C.2 Diagnóstico Cuidados de enfermagem</b> <hr/> <hr/>

<p><b>Finalidade:</b> Reduzir o risco de lesões e infecção</p> <p><b>C.2.1 Intervenções de Enfermagem</b></p> <hr/> <hr/>
<p><b>C.2 Diagnóstico Cuidados de enfermagem</b></p> <hr/> <hr/>
<p><b>C.2.1 Intervenções de Enfermagem</b></p> <hr/> <hr/>
<p><b>E. IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO</b></p>
<p><b>E.1 Educação permanente</b></p> <p><b>Justificativa:</b> Garantir a execução das ações previstas no protocolo.</p>
<p><b>Ações</b></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><b>E.2 Provisão de recursos humanos e materiais</b></p> <p><b>Justificativa:</b> Garantir a execução das ações previstas.</p>
<p><b>Ações</b></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><b>Justificativa:</b> Assegurar a implementação e a atualização do protocolo.</p>