



ANEXO I

LAUDO MÉDICO

1. IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO:

- 1.1: NOME: _____
1.2 IDADE: _____ 1.3 SEXO: () FEMININO () MASCULINO
1.4 CAUSA BÁSICA CID 10: _____
1.5 CAUSA INDICADORA DA OSTOMIA – CID 10: _____
1.6: HOSPITAL/CIDADE/ ESTADO ONDE A OSTOMIA FOI REALIZADA: _____

2. OSTOMIA

2.1 TIPO DE OSTOMIA

- () COLOSTOMIA
- () CÓLON ASCENDENTE
 - () CÓLON TRANSVERSO À DIREITA
 - () CÓLON TRANSVERSO À ESQUERDA
 - () CÓLON DESCENDENTE
 - () CÓLON SIGMÓIDE
- () COLOSTOMIA ÚMIDA (COM DERIVAÇÃO URINÁRIA)
() ILEOSTOMIA
() UROSTOMIA
() OUTRAS ESPECIFICAR: _____

2.2 DURAÇÃO DA OSTOMIA:

- () DEFINITIVA () TEMPORÁRIA TEMPO PREVISTO: _____

2.3 CARACTERÍSTICAS DO OSTOMA

- () TERMINAL
() EM ALÇA
() DUPLA
() DUAS BOCAS

2.4 LOCAL DO OSTOMA

- () QUADRANTE SUPERIOR DIREITO
() QUADRANTE SUPERIOR ESQUERDO
() QUADRANTE INFERIOR DIREITO
() QUADRANTE INFERIOR ESQUERDO
() OUTRO _____

3. LOCAL E DATA: _____

4. ASSINATURA E CARIMBO: _____