



ANEXO II

AVALIAÇÃO TÉCNICA DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

1.1 NOME: _____

1.2 IDADE: _____ 1.3 SEXO: () FEMININO () MASCULINO

1.3 TELEFONE DO PACIENTE: _____

2. CARACTERÍSTICAS DO OSTOMA

2.1 TAMANHO: _____ MM

2.2 ALTURA: _____ MM

2.3 FORMATO: () REDONDO () OVAL () OUTROS _____

2.4 COMPLICAÇÕES DO ESTOMA E PELE PERIOSTOMA

() AUSENTE () DERMATITE () RETRAÇÃO () NECROSE

() HÉRNIA () ESTENOSE () PROLAPSO

() ABCESSO () OUTRAS _____

3. TIPO DE EQUIPAMENTO

3.1 SISTEMA COLETOR: () EFLUENTE INTESTINAL () EFLUENTE URINÁRIO

() UMA PEÇA () DUAS PEÇAS

() DRENÁVEL () FECHADA

() TRANSPARENTE () OPACA

() RESINA PLANA () RESINA CONVEXA

3.2 QUANTIDADE: _____ /MÊS

3.3 ADJUVANTES:

3.3.1 DE PROTEÇÃO: () NÃO () PÓ () ANEL () PLACA

() SPRAY BARREIRA () PASTA COM ÁLCOOL

3.3.2 DE SEGURANÇA: () NÃO () CINTO () DESODORIZANTE () FILTRO

3.4. BOLSA COLETORA DE URINA DE USO NOTURNO: () SIM () NÃO

4. OBSERVAÇÕES

3. LOCAL E DATA: _____

4. ASSINATURA E CARIMBO(ENFERMEIRO): _____