

4.5.3 Consulta de enfermagem.

INSTRUMENTO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM NO PUÉRPERIO

IDENTIFICAÇÃO			
Nome: _____	DN: ____/____/____	Idade: _____	CNS: _____
Filiação (Mãe/Pai): _____			
Escolaridade: () Nenhuma () Ensino Primário () Ensino Médio () Ensino Superior			
Estado Civil: () União estável () Casada () Solteira Parceria: _____			
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM			
DADOS DA GESTAÇÃO			
Nº gestações (inclusive esta): _____ Nº nascidos vivos: _____ Nº abortos: _____ Nº óbitos fetais: _____			
Gemelar: () Sim () Não			
Gravidez: () Risco Habitual () Alto Risco. Qual Comorbidade?			
Faz uso de medicação de uso contínuo? Qual medicamento e posologia?			
Tem alguma alergia? () não () sim. Especifique: _____			
Histórico Vacinal:			
Data última citologia oncótica: ____/____/____. Resultado: _____			
DESFECHO DA GESTAÇÃO / ACOMPANHAMENTO PUERPERAL			
Data do Parto: ____/____/____ IG no Parto: _____ () Pré-termo () A termo () Pós-termo			
Local do Parto: () Referência () Domicílio			
Tipo: () Parto Vaginal () Parto Cesárea			
Sobre o Parto Vaginal: () Episiotomia () Laceração			
Sobre o Parto Cesárea (condições ferida operatória):			
Data do Atendimento: ____/____/____ () Puerpério imediato (do 1º ao 10º dia após o parto), () Tardio (do 11º ao 45º dia).			
Local do Atendimento: () Visita Domiciliar () Unidade de Saúde			
Puérpera com Parto: () Nascido Vivo () Natimorto/Óbito fetal			
DADOS DO RECÉM NASCIDO			
Peso ao nascer: _____ () Baixo Peso ao nascer C: _____. PC: _____. BCG e hepatite B: ____/____/____.			
Apgar: 1º min: _____ e 5º min: _____ Teste do Pezinho: ____/____/____. Teste do Orelhinha: ____/____/____. Teste do Reflexo Vermelho: ____/____/____.			
Alimentação: () leite materno () leite materno e outro leite () outro leite			
EXAME FÍSICO DA PUÉRPERA			
Queixas Principais: _____			
Estado Geral: BEG () REG () PEG () Outros: _____			
Peso (kg): _____ Estatura: _____ IMC: _____ Classificação Nutricional: () Baixo Peso () Adequado () Sobrepeso () Obesidade: Grau: _____			
Frequência respiratória: _____ rpm () eupnéico () dispnéico () taquipnéico () bradipnéico Ausculta:			
Frequência cardíaca: _____ bpm () normocárdico () bradicárdico () taquicárdico Pressão arterial: _____ x _____ mmHg Ausculta:			
Temperatura _____°c Tem apresentado febre? () não () sim			
Condições da pele/mucosas: () íntegra () lesões Tipo e Local: _____ () corada () pálida () icterícia () cianótica			
Nutrição: () Boa () Regular () Ruim			
Mamas: Tipo de mamilo () hipertrófico () protuso () semi-protuso () plano () invertido			
Mamas: Fissuras () presente () ausente Ingurgitamento () presente () ausente Mastite () presente () ausente Sinal da pega () boa () ruim			
Abdômen: () inalterado () distendido () doloroso () involução uterina () incisão cirúrgica, Em caso de cesárea () sinais flogísticos () presença de secreção			
Urina: () normal () alterado () não sabe informar. Eliminação Intestinal: () Diária () Irregular ____ dias sem evacuar			
Higiene corporal: () boa () precária () péssima			
Genitália/Períneo/Vulva: () hiperemia () lóquios () secreções () edemas () lacerações () episiotomia () inalterada			
Região Anal: () normal () alterado () Outros:			
Edema: () presentes () ausentes Especificar: _____ Varicosas: () presentes () ausentes Especificar: _____			
Padrão do sono: () normal () diminuído () aumentado Tem dificuldade para dormir? () não () sim. Especifique:			
Vícios e hábitos: () uso de drogas () tabagismo () alcoolismo () automedicação () nega vícios e hábitos			
Reações/comportamentos: () medo () agressividade () ansiedade () frustração () aflita/chorosa () agitada () incapacidade () tranquila () Outros: _____			

OBSERVAÇÕES: