

ANEXO

CONSULTA DE ENFERMAGEM AO CLIENTE COM SUSPEITA DE COVID-19 E/OU INFLUENZA

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM:

DATA: ___/___/___

Prontuário: _____

Cartão do SUS: _____

Tipo de Atendimento: () Teleatendimento () Presencial () 1º Atendimento () Reavaliação

1. DADOS PESSOAIS

Nome: _____

Nome Social: _____

Sexo: () Feminino () Masculino

Data de Nascimento: ___/___/___

Idade: _____

Estado Civil: _____

Raça/Cor: _____

2. AMBIENTE

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____

Nº de Pessoas na Residência: _____ Local de Trabalho: _____

Ocupação: _____ Contato com Pessoas: () Sim () Não

3. QUEIXAS

4. ANTECEDENTES PESSOAIS E FAMILIARES

Comorbidades:

() Hipertensão Arterial () Diabetes Mellitus () Obesidade () Doença Renais () Doenças Pulmonares

() Doenças Neoplásicas () Doenças Cardiovasculares () Doenças Imunológicas () Tratamento dialítico

() Transplante: _____

() Alergias: _____

Comorbidades dos Familiares: () Mãe () Pai () Irmãos () Avós Materno () Avós Paterno

() Hipertensão Arterial () Diabetes Mellitus () Obesidade () Doença Renais () Doenças Pulmonares

() Doenças Neoplásicas () Doenças Cardiovasculares () Doenças Imunológicas

() Outros: _____

5. HÁBITOS DE VIDA

Refeições/dia: _____ Principais Alimentos: _____

Tabagismo: há ___ anos ___ maço/dia () Álcool: ___ semana, há ___ meses/anos

() Narguilé () Cigarro eletrônico () Outros Produtos Fumígenos: _____

() Outras Drogas: _____ () Sedentarismo () Atividade Física: ___ semana, há ___ meses/ano

Sono: () Calmo () Agitado () Insônia () Aumento de sono

6. SINTOMAS

() Febre () Tosse () Secreção () Coriza () Cansaço () Anosmia () Ageusia () Dor de garganta

() Cefaleia () Diarreia () Irritações na pele () Descoloração dos dedos das mãos / pés () Desconforto

respiratório () Dispneia aos mínimos esforços () Perda de apetite () Dor nos olhos () Prurido

() Náuseas () Êmese () Petéquias
Tempo de Início dos Sintomas: _____ Uso de Máscara: () Sim () Não Qual? _____

7. EPIDEMIOLOGIA

Contato com caso suspeito ou confirmado de COVID-19? () Sim () Não Há _____ dias
Contato com caso suspeito ou confirmado de Influenza? () Sim () Não Há _____ dias
Contato domiciliar? () Sim () Não Outro morador na casa com 2 ou mais sintomas: () Sim () Não
Encaminhamento para avaliação clínica? () Sim () Não / Motivo: _____

8. SINAIS VITAIS

Temperatura: _____ °C Pressão Arterial: _____x_____ mmHg Frequência Respiratória: _____ irpm
Frequência Cardíaca: _____ bpm Saturação: _____ SpO₂ Glicemia: _____ mg/dL

9. EXAME FÍSICO

Pele:

() Corado () Hipocorado () Cianótico

Avaliação Neurológica:

Nível de consciência: () Lúcida () Orientada () Confusa () Desorientada () Inconsciente
Pupilas: () Fotorreagente () Isocóricas () Anisocóricas () Miose () Midríase
Fala e Linguagem: () Sem alterações () Com Alterações Quais? _____
MMSS: () Preservados () Paresia () Plegia () Parestesia () Movimentos Incoordenados
MMII: () Preservados () Paresia () Plegia () Parestesia () Movimentos Incoordenados
Edema: () Sim () Não Local: _____

Sistema Pulmonar:

Respiração: () Eupneica () Taquipneica () Dispneia () Bradpnéia
Ausculta Pulmonar: () MV Presentes () Bilateralmente () Diminuídos Local _____ () Ruídos Adventícios
() Roncos D/E () Estertores D/E () Sibilos

Sistema Cardiocirculatório:

Batimentos: () Eucárdico () Taquicardia () Bradicardia
Pulso: () Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio
Ausculta Cardíaca: () Bulhas _____ () Sopro Foco: _____

Sistema Digestório:

Abdome: () Plano () Distendido () Globoso () Flácido () Doloroso à palpação
Ausculta Abdominal: () RHA Presente () RHA Ausente () RHA Diminuído () RHA aumentado
() Presença de massa palpável Local: _____
OBS: _____

10. VACINAS

COVID-19:

Dose _____ Data: ____/____/____

Dose _____ Data: ____/____/____

Dose _____ Data: ____/____/____

Dose _____ Data: ____/____/____

Dose _____ Data: ____/____/____

Influenza:

Dose _____ Data: ____/____/____

11. EXAMES

() RT-PCR () Raio X de Tórax () Tomografia Computadorizada () Teste Rápido () Ressonância Magnética () Hemograma



CONSULTA DE ENFERMAGEM AO CLIENTE COM SUSPEITA COVID-19 E/OU INFLUENZA – CIPESC

Necessidades	Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções	Prescrições de Enfermagem
() Oxigenação	() Respiração alterada	() Beber 2 litros de água por dia () Estimular aumento da ingestão hídrica () Levantar a cabeceira da cama () Manter as janelas da casa abertas () Orientar quanto à importância de ambiente arejado e ventilado () Orientar repouso com a cabeceira elevada () Proteger a boca com um lenço quanto tossir () Retornar em dia e horário agendados	
	() Permeabilidade das vias aéreas	() Levantar a cabeceira da cama () Manter vias aéreas limpas () Observar frequência respiratória, irritabilidade, palidez, cianose, obstrução nasal, entre outros () Orientar exercícios físicos/respiratórios ao idoso () Orientar ingestão hídrica	
() Nutrição	() Desnutrição	() Avaliar condições de moradia e ambiente familiar () Beber água, no mínimo 2 litros por dia () Comer frutas, vitaminas, sucos, farelo, aveia, leite () Comer várias vezes ao dia e em pequenas quantidades () Encaminhar para consulta médica () Envolver a família no cuidado com a alimentação () Estimular o consumo de frutas e verduras () Identificar problemas relacionados a alimentação () Investigar hábitos alimentares () Monitorar peso corporal () Orientar ingestão de alimentos adequados () Preparar os alimentos dando uma boa aparência () Realizar visita domiciliar () Verificar a necessidade de suplementação alimentar	
() Eliminação	() Diarreia	() Avaliar grau de desidratação	



		<input type="checkbox"/> Beber em média 2 litros de água por dia <input type="checkbox"/> Correlacionar o número de evacuações, aspecto e odor das fezes ao relato do desconforto digestivo <input type="checkbox"/> Fazer higiene íntima a cada evacuação <input type="checkbox"/> Incentivar aumento da ingestão hídrica e do soro caseiro <input type="checkbox"/> Investigar casos de diarreia aguda <input type="checkbox"/> Investigar a frequência e características das eliminações <input type="checkbox"/> Investigar hábitos alimentares individuais e familiares <input type="checkbox"/> Lavar as mãos antes e depois do uso do sanitário <input type="checkbox"/> Observar cor, cheiro e quantidade das fezes e número de evacuações <input type="checkbox"/> Oferecer líquidos, especialmente água, várias vezes ao dia <input type="checkbox"/> Oferecer soro reidratante, em pequena quantidade, várias vezes ao dia, conforme aceitação	
<input type="checkbox"/> Cuidado corporal	<input type="checkbox"/> Autocuidado inadequado	<input type="checkbox"/> Encaminhar para oficinas educativas <input type="checkbox"/> Estabelecer relação de confiança com a paciente <input type="checkbox"/> Estimular a autoestima da paciente <input type="checkbox"/> Estimular a reflexão sobre a importância dos hábitos de higiene e cuidados com seus pertences <input type="checkbox"/> Estimular o desenvolvimento de hábitos de vida saudável <input type="checkbox"/> Estimular os hábitos diários de higiene corporal <input type="checkbox"/> Identificar rede de apoio familiar e comunitário <input type="checkbox"/> Monitorar por visita domiciliar <input type="checkbox"/> Praticar atividades físicas	
<input type="checkbox"/> Regulação imunológica	<input type="checkbox"/> Estado imunológico comprometido	<input type="checkbox"/> Encaminhar para consulta médica <input type="checkbox"/> Encaminhar para equipe multiprofissional <input type="checkbox"/> Estabelecer escuta ativa <input type="checkbox"/> Oferecer apoio emocional <input type="checkbox"/> Orientar uso da medicação antirretroviral	
	<input type="checkbox"/> Estado vacinal atrasado	<input type="checkbox"/> Atualizar esquema vacinal <input type="checkbox"/> Esclarecer dúvidas frente a importância do estado vacinal completo <input type="checkbox"/> Guardar o comprovante de vacina <input type="checkbox"/> Investigar possíveis reações vacinais anteriores	



() Percepção	() Dor	() Avaliar frequência, intensidade e localização da dor () Encaminhar para atendimento especializado () Estimular a confiança no atendimento prestado	
	() Memória deficiente	() Desenvolver atividades de reativação ou preservação da memória, por meio de jogos coloridos, palavras-cruzadas, bingos c/ números, figuras, cores () Estimular vínculo comunitário () Incentivar participação em grupos de 3ª idade () Oferecer apoio emocional () Orientar o idoso no tempo e no espaço, mantendo um calendário e um relógio de fácil visualização () Verificar nível de consciência	
() Segurança	() Ansiedade frente à coleta e resultado de exames	() Acolher o usuário conforme suas necessidades () Buscar compreender a expectativa apresentada () Encorajar a verbalização, sentimentos, percepções e medo () Esclarecer o usuário quanto aos achados em exames () Esclarecer sobre o tratamento a ser realizado () Estabelecer relação de confiança com a paciente () Estimular a confiança no atendimento prestado () Orientar quanto terapêutica medicamentosa () Tranquilizar o usuário durante a realização do procedimento () Usar abordagem calma e segura	

Fonte: Adaptado de Albuquerque e Cubas¹⁷.

