

Instrumento de Coleta de Dados de Enfermagem à Pessoa com Pé Diabético no contexto da Atenção Primária à Saúde
Fundamentado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas

Identificação e informações sociodemográficas :

Nome: _____ Prontuário: _____ Data de nascimento: ____/____/____ Idade: _____
Orientação sexual: () Heterossexual () Homossexual () Bissexual () Outra: _____ Estado Civil: _____
Raça/Etnia: () Amarela () Branca () Parda () Preta () Indígena
Endereço: _____
Ocupação/Profissão: _____
Renda familiar (salários mínimos): () 1 a 2 () 3 a 5 () 5 a 10 () > 10
Benefícios: () bolsa família () Benefício de Prestação Continuada
Reside: () Sozinho () Conjugê () Outros: _____. Nº de pessoas na casa: _____

História Pgressa:

Tipo de DM: () DM1 () DM2 . Tempo de Diagnóstico em anos: _____
Comorbidades e complicações do DM: () HAS () IAM () AVE () Doença Arterial Periférica
() Dislipidemia () Retinopatia diabética () Doença renal diabética () Neuropatia diabética
() Cetoacidose ou coma hiperosmolar () hipoglicemias 70 a 54 mg/dl () hipoglicemias < 54 mg/dl
() Tireoidite de Hashimoto () Hipertireoidismo () Hipotireoidismo () Outra(s). Qual(s)? _____
() Alergias: _____. () Cirurgia ou internações no último ano. Motivo? _____
() Amputação. Onde? _____
() Tabagista? () Não () Sim. Se sim, número de cigarros/dia: _____ Há quanto tempo fuma: _____ Já tentou diminuir ou cessar? () Não () Sim. Se sim, durante quanto tempo? _____ Parou de fumar: () Não () Sim. Tempo: ____ anos
() Etilista? () Não () Sim. Se sim, qual a última vez que ingeriu bebidas alcoólicas e em qual quantidade? _____ Parou de beber: () Não () Sim .Tempo: ____ anos

NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

Regulação neurológica

() Orientado no tempo/espço () Calmo () Confuso () Agitado. Outro: _____

Percepção dos órgãos do sentido

Olhos: Acuidade visual diminuída? () Não () Sim; () olho direito () olho esquerdo.

Faz uso de óculos/lentes de contato? () Não () Sim.

Ouvido: Acuidade auditiva diminuída? () Não () Sim; () sujidades () secreção () hiperemia.

Nariz: () desvio de septo () sujidades () secreções.

Fala: Possui alterações na fala? () Não () Sim. Se sim, qual (is)? _____

Tato: () Sem alterações () Percepção dolorosa diminuída () Percepção térmica diminuída () Percepção tátil diminuída.

Risco de quedas? () Não () Sim

Hidratação

() Pele hidratada () Mucosa hidratada () Pele xerótica () Xerostomia em cavidade bucal () Outro: _____

Volume de líquido diário: () mais de 2 litros () 1.6 a 2 litros () 1 a 1.5 litros () Menos de 1litro

Nutrição

Refeições diárias: () Café da manhã () Colação () Almoço () Lanche da tarde () Jantar () Ceia

Principais refeições (lugar): () Em casa () Na escola () No trabalho () Outro: _____

Preferências alimentares: _____

Maior consumo de: () Alimentos *in natura* ou minimamente processados () Alimentos processados

() Alimentos ultraprocessados.

Restrições alimentares: () Não () Sim, Qual(s)? : _____

Sono e Repouso

Horário de dormir: às _____ h. Dorme durante o dia: () Não () Sim. Por quanto tempo ____ min/h.

Qualidade do sono:() Ótimo () Bom () Regular () Ruim

Problemas relacionados ao sono: () Não () Sim, Qual(s)? () Insônia () Sono agitado () Pesadelos

() Ronco () Sono interrompido () Dificuldade de iniciar o sono

Utilização de medicamentos para dormir, Quais? _____

Exercícios e atividade física

Atividades físicas: () Não realiza () Realiza

Atividades físicas mais frequentes: _____

Exercícios físicos: () Não realiza. Motivo _____ () Realiza,quais? _____

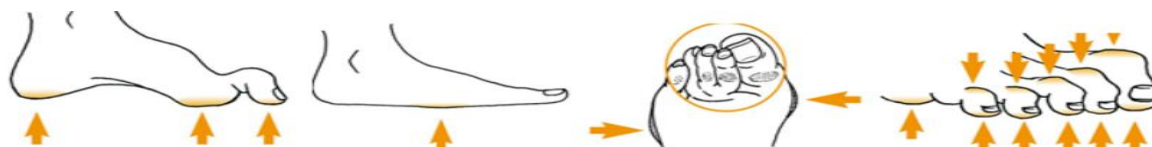
Frequência: () Diariamente () 1 x/sem () 2x/sem () 3x/sem () Outra: Duração: () Mais de 30 min () 30 min () Menos de 30 min																			
Abrigo Zona de Moradia: () Urbana () Rural () Institucionalizado () Situação de rua Luz Pública: () Não () Sim Coleta de lixo: () Não () Sim Água tratada: () Não () Sim Rede de Esgoto: () Pública () Fossa () Céu aberto Presença de animais domésticos: () Não () Sim																			
Regulação hormonal Altura: _____ cm Peso: _____ kg IMC: _____ () Baixo peso () Eutrofia () Sobrepeso () Obesidade grau 1 () Obesidade grau 2 Circunferência abdominal: _____ cm Glicemia capilar em jejum: _____ mg/dl																			
Oxigenação Tempo de enchimento capilar: () < 2s () > 2s Frequência respiratória: _____ irpm SatO2 _____ % MMVV: () Presentes () Diminuídos () Ausentes Ruídos Adventícios: () Ausentes () Roncos () Sibilos () Creptantes () Subcreptantes																			
Regulação térmica () Afebril _____ °C () Subfebril _____ °C () Febril _____ °C () Hipotérmico _____ °C																			
Eliminações Eliminação urinária - Frequência: _____ Coloração: _____ Odor? () Não () Sim . Dor ao urinar? () Não () Sim. Incontinência? () Não () Sim Eliminação do Trato Gastrointestinal - Frequência: _____ Coloração: _____ Dor? () Não () Sim. Incontinência? () Não () Sim. Constipação? () Não () Sim. Diarreia? () Não () Sim Uso de laxante: () Não () Sim, Qual(s)? _____ Uso de equipamento coletor ou dispositivo externo: () Não () Sim, Tipo: _____																			
Sexualidade Vida sexual ativa: () Não () Sim Distúrbio sexual: () Não () Sim, Se sim: () Alteração da libido () Disfunção erétil () Dispaurenia () Ressecamento vaginal () Outros: _____																			
Locomoção, mecânica corporal e motilidade (marque mais de uma opção se necessário) () Deambula () Força motora preservada () Deambula com dispositivo de marcha () Deambula com dificuldade () Não deambula () Fadiga () Paralisia () Paresia () Parestesia () Atrofia muscular () Amputação de membro inferior () Deformidade em membro inferior () Uso de cadeira de rodas () Mobilidade limitada das articulações pé e tornozelo. Sapato adequado: () Sim () Não Sapato corretivo/ortopédico: () Não () Sim																			
Regulação vascular PA: _____ mmHg; Frequência Cardíaca: _____ bpm																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td rowspan="2" style="width: 20%;">Pé Direito</td> <td style="width: 25%;">Pulso Arterial Pedioso</td> <td style="width: 20%;">() Presente</td> <td style="width: 35%;">() Diminuído ou Ausente</td> </tr> <tr> <td>Pulso Arterial Tibial</td> <td>() Presente</td> <td>() Diminuído ou Ausente</td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="text-align: left;">Pé Esquerdo</td> <td>Pulso Arterial Pedioso</td> <td>() Presente</td> <td>() Diminuído ou Ausente</td> </tr> <tr> <td>Pulso Arterial Tibial</td> <td>() Presente</td> <td>() Diminuído ou Ausente</td> </tr> </table>					Pé Direito	Pulso Arterial Pedioso	() Presente	() Diminuído ou Ausente	Pulso Arterial Tibial	() Presente	() Diminuído ou Ausente	Pé Esquerdo	Pulso Arterial Pedioso	() Presente	() Diminuído ou Ausente	Pulso Arterial Tibial	() Presente	() Diminuído ou Ausente	
Pé Direito	Pulso Arterial Pedioso	() Presente	() Diminuído ou Ausente																
	Pulso Arterial Tibial	() Presente	() Diminuído ou Ausente																
Pé Esquerdo	Pulso Arterial Pedioso	() Presente	() Diminuído ou Ausente																
	Pulso Arterial Tibial	() Presente	() Diminuído ou Ausente																
Calcule o Índice Tornozelo – Braço (ITB): Pressão Sistólica Máxima MMII ÷ Pressão Sistólica Braquial Máxima (Normal 0.9 – 1.30)																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <th style="width: 15%;">ITB</th> <th style="width: 25%;">Pressão Sistólica Arteria Tibial Posterior</th> <th style="width: 25%;">Pressão Sistólica Arteria Pediosa</th> <th style="width: 25%;">Pressão Sistólica Artéria Braquial</th> <th style="width: 10%;">Resultado</th> </tr> <tr> <td>Direito</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ITB D:</td> </tr> <tr> <td>Esquerdo</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ITB E:</td> </tr> </table>					ITB	Pressão Sistólica Arteria Tibial Posterior	Pressão Sistólica Arteria Pediosa	Pressão Sistólica Artéria Braquial	Resultado	Direito				ITB D:	Esquerdo				ITB E:
ITB	Pressão Sistólica Arteria Tibial Posterior	Pressão Sistólica Arteria Pediosa	Pressão Sistólica Artéria Braquial	Resultado															
Direito				ITB D:															
Esquerdo				ITB E:															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 25%;">ITB > 1.30*</td> <td style="width: 45%;">Calcificação (risco de DCV)</td> </tr> </table>							ITB > 1.30*	Calcificação (risco de DCV)											
		ITB > 1.30*	Calcificação (risco de DCV)																

		ITB 0.90 – 130	Normal	Fonte: Grupo de Trabalho Internacional sobre Pé diabético, 2023.
		ITB < 0.90*	Anormal (Sugestivo de DAP)	
		ITB < 0.60*	Isquemia significativa	

Sensopercepção (Marque mais de uma opção se necessário)

Apresenta: () Dor na perna em repouso () Gangrena () Rubor dependente () Palidez com a perna elevada
 () Perda de pelos sobre o dorso do pé () Unhas do hálux espessadas () Pele brilhante/descamativa
 () Presença de hematomas () Claudicação () Cianose

Deformidades (assinale o achado positivo ou negativo):



Pé Neuropático (Cavus)

() Não () Sim

Arco Desabado (Charcot)

() Não () Sim

Valgismo

() Não () Sim

Dedos em Garra

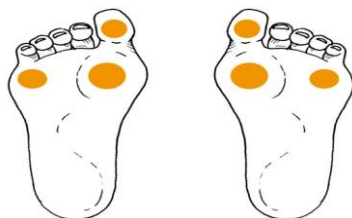
() Não () Sim

Fonte: Grupo de Trabalho Internacional sobre Pé diabético, 2023.

Unhas: () Sem alterações () Onicomicoses () Onicogrifoses () Onicocriptoses

Corte das unhas correto? () Sim () Não Calosidades: () Não () Sim

☐ **Percepção da sensibilidade protetora - Monofilamento de Semmes-Weinstein 10 g**



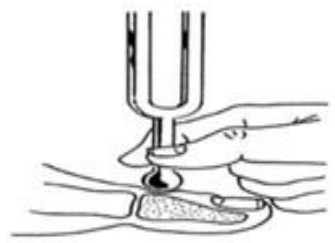
Resultado

() Percepção presente (responder corretamente em duas das três aplicações).

() Percepção ausente (responder corretamente em duas das três aplicações).

Fonte: Grupo de Trabalho Internacional sobre Pé diabético, 2023.

☐ **Sensibilidade vibratória – Teste: Diapásão de 128 Hz**



Resultado

() Percepção presente (responder corretamente em duas das três aplicações).

() Percepção ausente (responder corretamente em duas das três aplicações).

Fonte: Grupo de Trabalho Internacional sobre Pé diabético, 2023.

☐ **Ipswich Touch Test- Teste de toque leve** (Este teste pode ser usado para rastrear a perda de

sensibilidade quando o monofilamento de 10 g ou o diapasão de 128 Hz não estiverem disponíveis)

Resultado

Pé direito () Percepção presente () Percepção ausente (toque não é detectado em 2 ou mais locais).

Pé Esquerdo () Percepção presente () Percepção ausente (toque não é detectado em 2 ou mais locais).

Integridade cutâneo – mucosa

Pé Direito

Localização Anatômica da lesão: () Antepé () Mediopé () Retropé

Região : () Plantar () Interdigital () Medial () Lateral () Dorsal

Comprimento da lesão: _____ cm Largura da lesão: _____ cm Profundidade _____ cm

Pé Esquerdo

Localização Anatômica da lesão: () Antepé () Mediopé () Retropé

Região : () Plantar () Interdigital () Medial () Lateral () Dorsal

Comprimento da lesão: _____ cm Largura da lesão: _____ cm Profundidade _____ cm

Bordas da ferida: () Aderidas () Epitelizada () Regulares () Irregulares () Descoladas () Macerada () Fibróticas/Rígida ao toque () Hiperqueratose/tecido caloso () Epibolia

Edema: () Não () Sim

Quantidade de exudato: () Ausente () Pouco () Moderado () Encharcado

Odor do exudato: () Ausente () Discreto () Moderado () Fétido

Aspecto do exudato: () Nenhum () Fibrinoso () Seroso () Sanguinolento () Serosanguinolento

() Purulento () Piosanguinolento

Consistência do exsudato: () Fluído () Fino () Denso () Espesso () Brillhante

Tipo de tecido no leito da ferida: () Granulação () Epitelização () Necrose seca (escara)

() Necrose úmida (esfacelo)

Sinais de infecção: () Ausente () Edema () Aumento da temperatura () Hiperemia () Aumento da dor

() Aumento de tecido necrosado () Aumento do tamanho da ferida

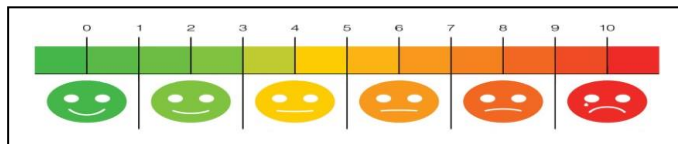
Profundidade: () Plana () Túneis

Pele periférica: () Íntegra () Hiperqueratosa () Eritematosa () Hiperemiada () Macerada () Descamativa

() Pruriginosa () Hiperpigmentada () Outras:

Outras lesões pré-ulcerativas/ alterações: () Micose interdigitais () Rachaduras () Bromidrose

Dor: () 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 () 9 () 10



Terapêutica

MEDICAMENTOS EM USO (INCLUSIVE INSULINA)	VIA	DOSE	HORÁRIO	RESULTADOS DE EXAMES RECENTES (< 3 MESES)

Automedicação: () Não () Sim. Se sim, quais: _____

Glicemia capilar na Unidade de Saúde: () Sim () Não

Automonitoramento da glicemia capilar: () Sim () Não. Se não, quem auxilia: _____

Frequência (nº de vezes, dia ou semana): _____

CUIDADOS COM A FERIDA (Aponte aqui , qual terapêutica tem sido aplicada na lesão)

Limpeza da lesão: () Soro fisiológico () Água destilada () PHMB

Tipo de Desbridamento: () Não se aplica () Mecânico () Cirúrgico () Enzimático () Autolítico

Coberturas: () Carvão ativado com prata () Alginato de cálcio () Alginato de cálcio com prata () Espuma de poliuretano () Espuma de poliuretano com prata () Hidrofibra () Hidrofibra com prata () Tela não aderente () Papaína % () Colagenase () Ácido Graxo Essencial Outras: _____

Renovação da cobertura primária: () Diária () 2x semana () 3x semana () Outra: _____

Retorno: () 7 dias () 15 dias () 30 dias () mais de 30 dias () Não se aplica () Outra: _____

Dispositivos de Descarga do peso (offloading): () Não () Sim. Qual? _____

Aplicação de Laserterapia : () Não () Sim

NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

Aprendizagem (Educação a Saúde)

Foi orientado sobre autocuidado com os pés e uso de sapatos adequados:() Sim () Não

Compreende e executa o regime terapêutico adequadamente:() Sim () Não

Recreação /Lazer/ Criatividade

() Televisão () Música () Computador () Livros () Trabalhos Manuais () Outros ,Cite: _____

Amor/Aceitação/ Atenção/ Gregária/ Auto estima/ Segurança

Acompanhado (a) no momento da consulta:() Sim () Não

Emocional: () Estabilidade emocional preservada () Ansiedade () Choro () Angústia () Agitação () Medo

Opiniões de si mesmo sobre sua lesão: () Positiva/autoprovação () Negativa/depreciação

Quem mais auxilia no seu tratamento: _____

Comunicação e Gregária

Possui apoio familiar/amigos:() Sim () Não

Interação com as pessoas: () Sim () Não

NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

Religião/Espiritualidade

() Sim. Qual? _____ () Não

Impressões do enfermeiro, observações ou intercorrências:

Unidade de Saúde: _____

Enfermeiro responsável : _____ **Data:** ____/____/____