Guanambi, 17 de Janeiro de 2018

Ao Ilmo. Sra.

Dra. LUCIANA LEÃO MUNIZ

Diretora Executiva do **CONSÓRCIO DE SAÚDE ALTO SERTÃO**

PREZADA DIRETORA,

Serviços Gráficos

Considerando o início do exercício financeiro de 2018 e, diante das necessidades para darmos sequencia ao bom funcionamento da POLICLÍNICA REGIONAL DE SAÚDE, mantida por este Consórcio Interfederativo de Saúde do Alto Sertão; solicitamos de Vossa Senhoria a devida autorização, para aquisição dos serviços de materiais gráficos, por um período de 12 (doze) meses, conforme projeto básico anexo a presente requisição.

Atenciosamente,

THAMARA MIRANDA

Diretora Geral da Policlínica

Ref. Nº

004/2018

PROJETO BÁSICO

1. OBJETO

Constitui objeto da presente solicitação, a aquisição de materiais gráficos, a fim de suprir as necessidades da Policlínica Regional de Saúde.

2. DETALHAMENTO DO OBJETO

2.1 DESCRIÇÃO DO LOCAL DE ENTREGA DO MATERIAL

Policlínica Regional de Saúde, com sede a Avenida Messias Pereira Donato, 1048 – Bairro Aeroporto Velho – Responsável técnico: Valma Régia Gomes – e-mail diretoria.administrativa@policlinicaguanambi.ba.gov.br

2.2 PRAZO DE ENTREGA

– Quinze dias a contar da assinatura do contrato, conforme emissão de autorização de fornecimento emitida pela Diretoria Técnica/Administrativa.

– A entrega do material deverá ser parcelada de acordo com a necessidade da Policlínica.

3. JUSTIFICATIVA

Atendimento as necessidades da Policlínica Regional de Saúde, dispor das aquisições acima descritas, tendo em vista a importância dos mesmos para o devido funcionamento desta Unidade.

4. ESPECIFICAÇÃO

ITEM	DESCRIÇÃO	TAMANHO	QUANTITATIVO

01	BLOCO DE ORIENTAÇÃO PARA O AUTOCUIDADO NO PÉ DIABÉTICO	Orientação para o Autocuidado no Pé Diabético em papel 75 gr, Offset ou Sulfite, 1x0 branco, liso, 21 cm x 30 cm, em bloco de 100 folhas, vertical, timbrado em único lado, na cor preta, tendo no cabeçalho bordão padrão “Policlínica Regional de Saúde”, logomarcas do respectivo consórcio, logomarca do governo do Estado da Bahia “Bahia (com bandeira tremulando) Governo do Estado Terra – Mãe do Brasil” e logotipo “SUS+” (Vide anexo 5.1.)	100
02	BLOCO DE PROTOCOLO DE ENTREGA DE EXAMES	Protocolo de entrega de exames em papel 75 gr, Offset ou Sulfite, 1x0 branco, liso, 11 cm x 15 cm, em bloco de 100 folhas, vertical, timbrado em único lado, na cor preta, tendo no cabeçalho bordão padrão “Policlínica Regional de Saúde”, logomarcas do respectivo consórcio, logomarca do governo do Estado da Bahia “Bahia (com bandeira tremulando) Governo do Estado Terra –	500

		Mãe do Brasil” e logotipo “SUS+” (Sob prova)	
03	BLOCO DE REQUISIÇÃO DE MATERIAL	Requisição de Material em papel 75 gr, Offset ou Sulfite, 1x0 branco, liso, 11 cm x 15 cm, em bloco de 100 folhas, vertical, timbrado em único lado, na cor preta, tendo no cabeçalho bordão padrão “Policlínica Regional de Saúde”, logomarcas do respectivo consórcio, logomarca do governo do Estado da Bahia “Bahia (com bandeira tremulando) Governo do Estado Terra – Mãe do Brasil” e logotipo “SUS+” (Vide anexo 5.2.)	50
04	BLOCO DE SOLICITAÇÃO DE COMPRA	Solicitação de Compra em papel 75 gr, Offset ou Sulfite, 1x0 branco, liso, 15 cm x 21 cm, em bloco de 100 folhas, vertical, timbrado em único lado, na cor preta, tendo no cabeçalho bordão padrão “Policlínica Regional de Saúde”, logomarcas do respectivo consórcio, logomarca do governo do Estado da Bahia “Bahia (com bandeira tremulando) Governo do Estado Terra –	30

		Mãe do Brasil” e logotipo “SUS+” (Sob prova)	
05	BLOCO DE RECEITUÁRIO/ SOLICITAÇÃO DE EXAMES/ ATESTADO MÉDICO	Receituário, Solicitação de Exames e Atestado médico em papel 75 gr, Offset ou Sulfite, 1x0 branco, liso, 15 cm x 21 cm, em bloco de 100 folhas, vertical, timbrado em único lado, na cor preta, tendo no cabeçalho bordão padrão “Policlínica Regional de Saúde”, logomarcas do respectivo consórcio, logomarca do governo do Estado da Bahia “Bahia (com bandeira tremulando) Governo do Estado Terra – Mãe do Brasil” e logotipo “SUS+”; ainda no cabeçalho tem-se: caixa com borda fina com abertura e fechamento de 3 parênteses para seleção do receituário, atestado e solicitação de exames: ou caixa com borda para descrição de nome do usuário e data de prescrição, com descrito na figura em anexo. (Vide anexo 5.3.)	900

06	BLOCO QUESTIONÁRIO DE SEGURANÇA SETOR DE MAMOGRAFIA	Questionário de segurança - Mamografia em papel 75 gr, Offset ou Sulfite, 1x0 branco, liso, 18 cm x 26 cm, em bloco de 100 folhas, vertical, timbrado em único lado, na cor preta, tendo no cabeçalho bordão padrão “Policlínica Regional de Saúde”, logomarcas do respectivo consórcio, logomarca do governo do Estado da Bahia “Bahia (com bandeira tremulando) Governo do Estado Terra – Mãe do Brasil” e logotipo “SUS+” (Vide anexo 5.4.)	100
07	BLOCO QUESTIONÁRIO DE SEGURANÇA SETOR DE RESSONÂNCIA	Questionário de segurança – Ressonância em papel 75 gr, Offset ou Sulfite, 1x0 branco, liso, 21 cm x 30 cm, em bloco de 100 folhas, vertical, timbrado em único lado, na cor preta, tendo no cabeçalho bordão padrão “Policlínica Regional de Saúde”, logomarcas do respectivo consórcio, logomarca do governo do Estado da Bahia “Bahia (com bandeira tremulando) Governo	90

		do Estado Terra – Mãe do Brasil” e logotipo “SUS+” (Vide anexo 5.5.)	
08	BLOCO QUESTIONÁRIO DE EXTRAVASAMENTO CUTÂNEO POR MEIO DE CONTRASTE	Questionário de extravasamento cutâneo por meio de contraste em papel 75 gr, Offset ou Sulfite, 1x0 branco, liso, 18 cm x 26 cm, em bloco de 100 folhas, vertical, timbrado em único lado, na cor preta, tendo no cabeçalho bordão padrão “Policlínica Regional de Saúde”, logomarcas do respectivo consórcio, logomarca do governo do Estado da Bahia “Bahia (com bandeira tremulando) Governo do Estado Terra – Mãe do Brasil” e logotipo “SUS+” (Vide anexo 5.6.)	80
09	QUESTIONÁRIO DE SEGURANÇA PARA REALIZAÇÃO DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SEM CONTRASTE	Questionário de segurança para realização de tomografia computadorizada sem contraste em papel 75 gr, Offset ou Sulfite, 1x0 branco, liso, 21 cm x 30 cm, em bloco de 100 folhas, vertical, timbrado em único lado, na cor preta, tendo no cabeçalho bordão padrão “Policlínica Regional	120

		de Saúde”, logomarcas do respectivo consórcio, logomarca do governo do Estado da Bahia “Bahia (com bandeira tremulando) Governo do Estado Terra – Mãe do Brasil” e logotipo “SUS+” (Vide anexo 5.7.)	
10	QUESTIONÁRIO DE SEGURANÇA PARA REALIZAÇÃO DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA COM CONTRASTE	Questionário de segurança – Ressonância em papel 75 gr, Offset ou Sulfite, 1x0 branco, liso, 21 cm x 30 cm, em bloco de 100 folhas, vertical, timbrado em único lado, na cor preta, tendo no cabeçalho bordão padrão “Policlínica Regional de Saúde”, logomarcas do respectivo consórcio, logomarca do governo do Estado da Bahia “Bahia (com bandeira tremulando) Governo do Estado Terra – Mãe do Brasil” e logotipo “SUS+” (Vide anexo 5.8.)	120
11	PRONTUÁRIO DO PACIENTE PARA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	Prontuário do paciente para tomografia computadorizada em papel 75 gr, Offset ou Sulfite, 1x0 branco, liso, 18 cm x 26 cm, em bloco de 100 folhas, vertical,	120

		timbrado em único lado, na cor preta, tendo no cabeçalho bordão padrão “Policlínica Regional de Saúde”, logomarcas do respectivo consórcio, logomarca do governo do Estado da Bahia “Bahia (com bandeira tremulando) Governo do Estado Terra – Mãe do Brasil” e logotipo “SUS+” (Vide anexo 5.9.)	
12	BLOCO RECEITUÁRIO AZUL	Receituário azul em papel 50 gr, superbonde, 1x0 azul, liso 22 cm x 08 cm, em bloco de 100 folhas, com serrilha e numeração, formato horizontal, timbrado na frente, tendo no cabeçalho, com bordão padrão “Policlínica Regional de Saúde”, logomarcas do respectivo consórcio, logomarca do governo do Estado da Bahia “Bahia (com bandeira tremulando) Governo do Estado Terra – Mãe do Brasil” e logotipo “SUS+”; como descrito na figura. (Vide anexo 5.10.)	500
13	BLOCO DE RECEITUÁRIO OFTALMOLÓGICO	Receituário Oftalmológico em	120

		papel 75 gr, Offset ou Sulfite, 1x0 branco, liso, 15 cm x 21 cm, em bloco de 100 folhas, vertical, timbrado em único lado, na cor preta, tendo no cabeçalho bordão padrão “Policlínica Regional de Saúde”, logomarcas do respectivo consórcio, logomarca do governo do Estado da Bahia “Bahia (com bandeira tremulando) Governo do Estado Terra – Mãe do Brasil” e logotipo “SUS+”; (demais informações conforme descrito na figura em anexo. (Vide anexo 5.11.)	
14	BLOCO TERMO DE CONSENTIMENTO – ENDOSCOPIA	Termo de Consentimento em papel 75 gr, Offset ou Sulfite, 1x0 branco, liso, 18 cm x 26 cm, em bloco de 100 folhas, vertical, timbrado em único lado, na cor preta, tendo no cabeçalho bordão padrão “Policlínica Regional de Saúde”, logomarcas do respectivo consórcio, logomarca do governo do Estado da Bahia “Bahia (com bandeira tremulando) Governo do Estado Terra –	30

		Mãe do Brasil” e logotipo “SUS+”; (demais informações conforme descrito na figura em anexo. (Vide anexo 5.12.)	
15	BLOCO TERMO DE CONSENTIMENTO – ERGOMETRIA	Termo de Consentimento em papel 75 gr, Offset ou Sulfite, 1x0 branco, liso, 18 cm x 26 cm, em bloco de 100 folhas, vertical, timbrado em único lado, na cor preta, tendo no cabeçalho bordão padrão “Policlínica Regional de Saúde”, logomarcas do respectivo consórcio, logomarca do governo do Estado da Bahia “Bahia (com bandeira tremulando) Governo do Estado Terra – Mãe do Brasil” e logotipo “SUS+”; (demais informações conforme descrito na figura em anexo. (Vide anexo 5.13.)	30
16	CARIMBOS	**Carimbo Modelo(¹):** Carimbo autotintado tipo estojo automático; PRINTER 20, dimensões 38 mm x 14 mm; confeccionado em plástico; Quantidade de caracteres: 25 por linha; Cores dos Aparelhos: Preto,	100

		Cinza e Azul Cor do Refil: Preto. **Carimbo Modelo(²):** Carimbo de borracha com base e cabo de madeira tipo comum, formato retangular; dimensões 6,5cm x 3,9 cm (demais informações conforme descrito em anexo. (Vide anexo 5.14.)	40
17	ENVELOPE TIMBRADO	Envelope em papel 90 gr, Offset, branco, liso, 18 cm x 25 cm, timbrado em único lado, na cor preta, tendo no cabeçalho bordão padrão “Policlínica Regional de Saúde”, logomarcas do respectivo consórcio, logomarca do governo do Estado da Bahia “Bahia (com bandeira tremulando) Governo do Estado Terra – Mãe do Brasil” e logotipo “SUS+” (Vide anexo 5.15.)	4.000
18	ENVELOPE TIMBRADO	Envelope em papel 90 gr, Offset, branco, liso, 22 cm x 32 cm, timbrado em único lado, na cor preta, tendo no cabeçalho bordão padrão “Policlínica Regional de Saúde”, logomarcas do respectivo consórcio, logomarca do governo do Estado	12.000

		da Bahia “Bahia (com bandeira tremulando) Governo do Estado Terra – Mãe do Brasil” e logotipo “SUS+”	
19	ENVELOPE TIMBRADO	Envelope em papel 90 gr, Offset, branco, liso, 26 cm x 36 cm, timbrado em único lado, na cor preta, tendo no cabeçalho bordão padrão “Policlínica Regional de Saúde”, logomarcas do respectivo consórcio, logomarca do governo do Estado da Bahia “Bahia (com bandeira tremulando) Governo do Estado Terra – Mãe do Brasil” e logotipo “SUS+”	12.000
20	ENVELOPE TIMBRADO	Envelope em papel 90 gr, Offset, branco, liso, 40 cm x 50 cm, timbrado em único lado, na cor preta, tendo no cabeçalho bordão padrão “Policlínica Regional de Saúde”, logomarcas do respectivo consórcio, logomarca do governo do Estado da Bahia “Bahia (com bandeira tremulando) Governo do Estado Terra – Mãe do Brasil” e logotipo “SUS+”	12.000

21	FÔLDER PREVENINDO O PÉ DIABÉTICO	Fôlder no formato de três dobras 21,6 cm x 10 cm (Vide anexo 5.16.)	10.000
22	PASTAS PARA EXAMES	Pasta 250 gr, Offset, branco, liso, 345 mm x 235 mm, timbrado em único lado, na cor preta, tendo no cabeçalho bordão padrão “Policlínica Regional de Saúde”, logomarcas do respectivo consórcio, logomarca do governo do Estado da Bahia “Bahia (com bandeira tremulando) Governo do Estado Terra – Mãe do Brasil” e logotipo “SUS+”	19.500
23	SACOLAS EM POLIETILENO ALÇA BOCA VAZADA	Sacolas em polietileno alça boca vazada, branco, liso, 65 cm x 65 cm, timbrado em único lado, na cor preta, tendo no cabeçalho bordão padrão “Policlínica Regional de Saúde”, logomarcas do respectivo consórcio, logomarca do governo do Estado da Bahia “Bahia (com bandeira tremulando) Governo do Estado Terra – Mãe do Brasil” e logotipo “SUS+”	8.000

5. Anexos

5.1. Orientação para o autocuidado no Pé Diabético

Nome: _____

Data: ___ / ___ / _____ Retornar para reavaliação em: ___ / _____

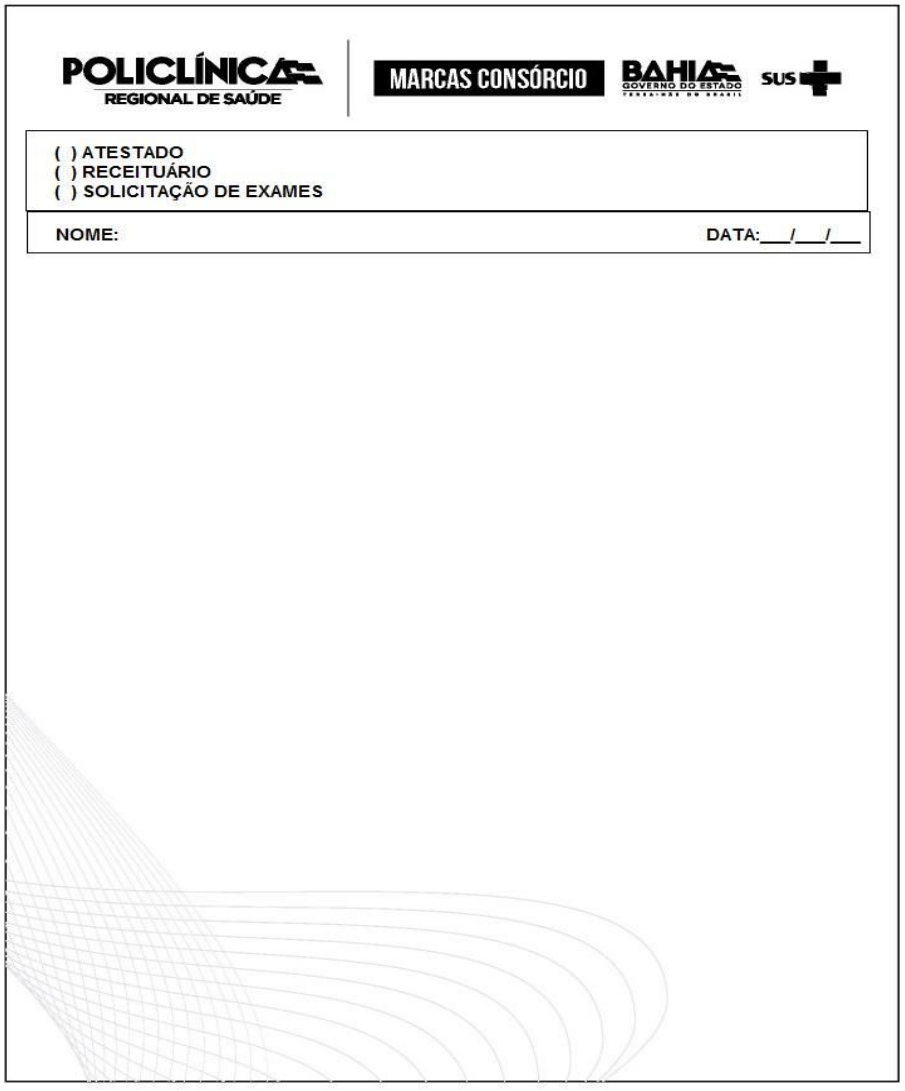
Orientação para o autocuidado no Pé Diabético – prevenindo as feridas

CUIDE BEM DOS SEUS PÉS, SEGUINDO ESTES CONSELHOS:	CUIDADO! ISTO PODE SER PERIGOSO PARA OS SEUS PÉS:
• Verifique os seus pés todos os dias para cortes, rachaduras, inchaços, bolhas, feridas, infecções ou achados incomuns. • Use um espelho para ver a planta de seus pés, se você não puder levantá-los. • Verifique a cor de suas pernas e pés. Caso haja inchaço, calor ou vermelhidão, ou se você tiver dor, procure sua equipe de saúde. • Limpe cortes ou arranhões com sabonete neutro e água, e cubra com um curativo seco para a pele sensível. • Corte suas unhas em linha reta. • Lave e seque bem os pés todos os dias, especialmente entre os dedos. • Aplique uma loção hidratante para a pele todos os dias nos seus calcanhares e na planta dos pés. Limpe qualquer excesso de loção. • Troque suas meias todos os dias. • Use sempre um sapato confortável e do tamanho adequado para os seus pés. • Use sapatos com saltos baixos (menos de 5 cm de altura). • Compre os seus sapatos no fim da tarde (já que os pés costumam inchar ligeiramente ao longo do dia). • Evite o frio e o calor extremo (incluindo a exposição ao sol). • Exercite-se regularmente. • Procure sua equipe de saúde, se você precisar de aconselhamento ou tratamento.	• Não corte seus próprios calos ou calosidades. • Não trate sozinho de suas unhas encravadas ou lascadas com o uso de navalhas ou tesouras. Procure sua equipe de saúde! • Não se automedique com medicamentos para tratar calos e verrugas. Eles são perigosos para as pessoas com diabetes. • Não aplique calor nos seus pés com garrafas de água quente ou cobertores elétricos. Você pode queimar seus pés sem perceber. • Não deixe os seus pés úmidos. • Não tome banhos muito quentes. • Não deixe loção hidratante entre os dedos dos pés. • Não ande descalço dentro ou fora de casa. • Não use meias, meias-calças, ligas ou elásticos apertados nas pernas e nos pés. • Não escolha palmilhas por conta própria – elas podem te causar bolhas se não forem do formato exato para seus pés. • Não se sente por longos períodos de tempo. • Não fume.

Fonte: Traduzido e adaptado de Casella A. Feeling well... diabetes and foot care, a patient's checklist. Knowing Diabetes. Diabetes Hamilton, 2002.

5.2. Requisição de Material

5.3. Receituário, Solicitação de Exames e Atestado Médico



Anexo 5.4. Questionário de Mamografia

Questionário de Segurança
Setor de Mamografia

DADOS DO PACIENTE:
Nome: _____
Telefone: ( )_____
Idade_____

1. Faz uso de alguma Anticoncepcional? ( ) Não ( ) Sim
2. Faz uso de Hormônio? ( ) Não ( ) Sim
3. Já teve algum aborto? ( ) Não ( ) Sim
4. Já teve quantos partos? ( ) Não ( ) Sim
5. Já amamentou? ( ) Não ( ) Sim
6. Tem algum nódulo na mama? ( ) Não ( ) Sim
   6.1 Em caso afirmativo: ( ) Direita ( ) Esquerda
7. Já teve caso de câncer de mama na família? ( ) Não ( ) Sim
8. Já fez alguma cirurgia mamária? ( ) Não ( ) Sim
9. Já fez radioterapia? ( ) Não ( ) Sim
10. Já realizou alguma ultrassonografia, mamografia ou outros exames da mama anteriormente?

( ) Não ( ) Sim

Em caso afirmativo, quais e quantos?

_____

Anexo 5.5. Questionário de Ressonância

Questionário de Segurança
Setor de Ressonância Magnética

DADOS DO PACIENTE:
Nome: _____Peso:_____
Altura:_____
Idade:_____ Telefone: ( ) _____

ATENÇÃO:

1. Qual o motivo deste exame? (resuma seu problema)
   _____
   _____
   _____
   _____
   _____
2. Já fez cirurgia? ( ) Sim ( ) Não
   Caso afirmativo, liste todas as realizadas e quando:_____
   _____
   _____
3. Usa marca-passo cardíaco? ( ) Sim ( ) Não

4. Tem algum clip ou válvula de metal na cabeça ou outro lugar do corpo? ( ) Sim ( ) Não
5. Já fez cirurgia na cabeça? ( ) Sim ( ) Não
6. Usa prótese metálica interna no ouvido? ( ) Sim ( ) Não
7. Já sofreu ferimento com estilhaço de metal ou arma de fogo? ( ) Sim ( ) Não

    9.1 Em caso afirmativo, a bala foi removida? ( ) Sim ( ) Não
8. Já fez cirurgia cardíaca? ( ) Sim ( ) Não

    10.1 Já foi colocado “STENT” (mola) no coração? ( ) Sim ( ) Não
9. Já teve obstrução arterial corrigida por cateterismo? ( ) Sim ( ) Não

    11.1 Já foi colocado “STENT” (mola) na artéria? ( ) Sim ( ) Não
10. Tem insuficiência renal crônica? ( ) Sim ( ) Não
11. Faz diálise? (hemodiálise, diálise peritoneal) ( ) Sim ( ) Não
12. Você está utilizando placas, pontos, agulhas ou outro tipo de material de acupuntura?

    ( ) Sim ( ) Não
13. Você tem tatuagem, piercings ou maquiagem definitiva? ( ) Sim ( ) Não

    _____

    _____
14. Faz uso do Dispositivo Intrauterino (DIU)? ( ) Sim ( ) Não

15. Você está gestante ou amamentando? ( ) Sim ( ) Não

16. É portador de:

( ) Diabetes ( ) Hipertensão ( ) Doença Renal ( ) Alergias

( ) Claustrofobia ( ) Doença de Parkinson

( ) Doenças respiratórias ( ) Outras

_____

_____

_____

_____

Obs:_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

17. Já realizou Ressonância Magnética? ( ) Sim ( ) Não

17.1 Em caso afirmativo, fez uso do Gadolíneo (Contraste)? ( ) Sim ( ) Não

17.2 Em caso afirmativo, teve alguma reação? ( ) Sim ( ) Não

18. Marque os exames que trouxe para comparação: ( ) Raio X ( ) Ultrassom ( ) Tomografia ( ) Cintilografia ( ) Mamografia ( )

Outros:_____

_____

__

Quantidade:_____

_____

_____

_____

_____

20. Já fez Quimioterapia?

( ) Não ( ) Sim. Quando e qual região do corpo?

_____

_____

_____

_____

21. Já fez Radioterapia?

( ) Não ( ) Sim. Quando e qual região do corpo?

_____

_____

_____

_____

22. Autorizo a utilização do contraste, mesmo sabendo das possíveis complicações (reações alérgicas, flebite, celulite, etc.) que giram em torno de 1% ( ) Não ( ) Sim

Declaro que entendi os questionários acima e concordo com a realização do exame.

Data:_____/ _____/ _____

_____

Assinatura do paciente ou responsável

Anexo 5.6. Questionário de Tomografia

EXTRAVASAMENTO CUTÂNEO POR MEIO DE CONTRASTE

DADOS DO PACIENTE:
Nome:_____Peso:____ Idade: ___
Data Nascimento:_____ Sexo: F( ) M ( )
Telefone: ( )_____ Profissão:_____
Nome do responsável e grau de afinidade: _____

INFORMAÇÕES:

Contraste prescrito:
( ) Iônico_____ml
( ) Não iônico_____ ml
( ) Dotaren_____ ml
( ) Gadovist_____ml

Local punção venosa:
( ) MSD
( ) MSE
( ) Injeção manual

( ) Injeção automática
Número Cateter: _____
( ) Acesso no setor de Radiologia
( ) Volume extravasado _____
Técnico de Enfermagem: _____

Exame físico

( ) Dor e queimação no local da punção ( ) Formigamento ( ) Vermelhidão cutânea
Alteração da temperatura ( ) Frio ( ) Calor
( ) Abaulamento e edema no local ( ) Outros

Tratamento Inicial

( ) Topograma e corte axial ( ) Elevar o membro afetado acima do nível do coração
( ) Aplicação de gelo por 15 minutos _____ Inicio _____ Término
( ) Manter observação por 2 horas (Volume acima de 10 ml) Outros:

Orientação ao Paciente

( ) Consulta ao especialista cirurgião ( ) plástico ( ) vascular
(quando o volume maior que 30 ml de contraste iônico ou 100ml não iônico)
( ) Aplicar gelo 3x ao dia de 1 a 3 dias consecutivos
( ) Retornar ao hospital Outros:

Fatores de risco

( ) Veia cateterizada há mais de 20hs ( ) Fragilidade da rede venosa
( ) Tratamento quimioterápico prévio ( ) Cirurgia de dissecção linfática no membro afetado
( ) Crianças menores que 5 anos ( ) Idosos
( ) Sem condições de responder (Inconsciência, confusão, prejuízo na comunicação)

Observação Clinica Tardia – Sinais e Sintomas

1 Contato ____/____/____ **Médico:** _____
( ) Dor residual ( )Alteração de sensibilidade ao local ( ) Perda de força muscular
( ) Bolha no local ( ) Vermelhidão cutâneo no local ( ) Aumento do edema

2 contato ____/____/____ _____
Enfermeira (o): _____

3 contato ____/____/____ _____
Téc. Enfermagem: _____

Anexo 5.7. Questionário de Tomografia

Questionário de Segurança para realização de Tomografia Computadorizada sem contraste

Prezado (a) cliente:
As informações deste questionário auxiliarão na condução e análise do exame, aumentando a precisão do diagnóstico, e permanecerão em sigilo.

DADOS DO PACIENTE:

Nome:_____Peso:____ Idade: ___

Data Nascimento:_____ Sexo: F( ) M ( )

Telefone: ( )_____ Profissão:_____

Nome do responsável e grau de afinidade: _____

POLICLÍNICA REGIONAL DE SAÚDE

BAHIA GOVERNO DO ESTADO

CONSÓRCIO INTERFEDERATIVO DE SAÚDE DO ALTO SERTÃO

Qual o motivo deste exame? (resuma seu problema)

_____

_____

_____

Suspeita diagnóstica? Qual?

_____

Já fez alguma cirurgia?

( ) Não ( ) Sim. Qual(is) e quando? _____

Já realizou algum exame de imagem para este problema: Sim ( ) Não( )?

( )RX ( )ULTRASSONOGRAFIA ( )TOMOGRAFIA ( )TOMOGRAFIA COM CONTRASTE

( )CINTILOGRAFIA ( ) UROGRAFIA ( )CATETERISMO ( ) ARTERIOGRAFIA ( )RESSONÂNCIA

Faz uso de algum medicamento diariamente: Sim ( ) Não ( )

Qual(is)? _____

Qual o horário da última alimentação? _____Hrs

Você é fumante? Sim ( ) Não ( )

Somente para mulheres em idade fértil:

Esta grávida ou atraso menstrual? Sim ( ) Não ( ) Não sei ( )

AUTORIZAÇÃO

Estou ciente que as imagens dos exames poderão ser enviadas para a central de laudos, onde serão analisadas e laudadas popr médicos radiologistas. De acordo coa a RESOLUÇÃO CFM 2107/14, as informações sobre o paciente identificado só podem ser transmitidas a outro profissional com prévia autorização do paciente.

Nome:_____ Ass.:_____

USO RESTRITO

ENFERMAGEM:_____ COREN:_____

TÉCNICO EM RADIOLOGIA:_____ CRTR:_____

Anexo 5.8. Questionário de Tomografia

Questionário de Segurança para realização de Tomografia Computadorizada com contraste

Prezado (a) cliente:

As informações deste questionário auxiliarão na condução e análise do exame, aumentando a precisão do diagnóstico, e permanecerão em sigilo. Poderá ser necessário o uso de contraste à base de iodo, mais usualmente administrado por via venosa, eventualmente oral, retal ou vesical. Os contrastes iodados são seguros, mas, como todo medicamento, algumas vezes podem causar reações adversas como: náuseas, vômitos, vermelhidão e coceira. Reações mais sérias e até fatais são raras, mas podem ocorrer.

A necessidade do uso do contraste será identificada antes ou durante o exame, dependendo da região examinada e do contexto clínico.

Diante do exposto, precisamos que seja respondido o questionário a seguir, para que possamos realizar de forma precisa e segura.

DADOS DO PACIENTE:

Nome:_____Peso:____ Idade: ___

Data Nascimento:_____ Sexo: F( ) M ( )

Telefone: ( )_____ Profissão:_____

Nome do responsável e grau de afinidade: _____

Qual o motivo deste exame? (resuma seu problema)

Suspeita diagnóstica? Qual?_____

Já realizou algum exame de imagem para este problema: Sim ( ) Não( )?

( )RX ( )ULTRASSONOGRAFIA ( )TOMOGRAFIA ( )TOMOGRAFIA COM CONTRASTE

( )CINTILOGRAFIA ( ) UROGRAFIA ( )CATETERISMO ( ) ARTERIOGRAFIA ( )RESSONÂNCIA

Já fez alguma cirurgia?

( ) Não ( ) Sim. Qual(is) e quando_____

Já realizou algum dos procedimentos abaixo?

Quimioterapia ( ) Não ( ) Sim. Se sim, há quanto tempo?_____

Radioterapia ( ) Não ( ) Sim. Se sim, há quanto tempo?_____

Apresenta algum problema de saúde diagnosticado entre os listados abaixo? Marque qual:

( ) Hiper ou hipoparatireoidismo	( ) Hiper ou hipotireoidismo	( ) Feocromocitoma	( ) Anemia falciforme
( ) Mieloma Múltiplo	( ) Diabetes	( ) Alergia de pele	( ) Leucemia
( ) Hepatite ou cirrose hepática	( ) Policitemia	( ) Asma	( ) Insuficiência cardíaca
( ) Insuficiência Renal	( ) Bronquite	( ) Rinite	( ) Hipertensão Arterial

Apresenta algum tipo de alergia ou é alérgico a algum composto que contenha iodo?

( ) Sim ( ) Não Se sim, qual é a alergia? _____

Já recebeu **contraste** ao realizar algum procedimento? ( ) Sim ( ) Não

Se sim, apresentou alguma reação? Qual? _____

Já recebeu **sedativo** ao realizar algum procedimento? ( ) Sim ( ) Não

Se sim, apresentou alguma reação? Qual? _____

Faz uso de algum medicamento diariamente: Sim ( ) Não ( )

Qual(is)? _____

Qual o horário da última alimentação? _____Hrs

Você é fumante? Sim ( ) Não ( )

Somente para mulheres em idade fértil:

Esta grávida ou atraso menstrual? Sim ( ) Não ( ) Não sei ( )

AUTORIZAÇÃO

Estou ciente que as imagens dos exames poderão ser enviadas para a central de laudos, onde serão analisadas e laudadas por médicos radiologistas. De acordo coa a RESOLUÇÃO CFM 2107/14, as informações sobre o paciente identificado só podem ser transmitidas a outro profissional com prévia autorização do paciente.

Nome:_____

Assinatura: _____

USO RESTRITO

ENFERMAGEM:_____ COREN:_____

TÉCNICO EM RADIOLOGIA:_____ CRTR:_____

Anexo 5.9. Questionário de Tomografia

PRONTUÁRIO DO PACIENTE PARA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

FÓRMULA (Cockcroft-Gault)

Homem= 140 – (idade) x peso
72 x valor da creatinina

Mulher = 140 – (idade) x peso x 0.8
72 x valor da creatinina



CONDIÇÕES ADVERSAS À PUNÇÃO
( ) QUEIMADURA ( ) ESCLEROSE DE VEIAS
( ) DESIDRATAÇÃO ( ) LESÕES
( ) FÍSTULAS ARTERIOVENOSAS ( ) INFECÇÃO
( ) FLEBITE ( ) INFILTRAÇÃO INTRAVENOSA PRÉVIA
( ) CELULITE ( ) EDEMA
( ) MASTECTOMIA ( ) PROCEDIMENTO CIRURGICO
( ) FRAGILIDADE CAPILAR ( ) EQUIMOSES

PROTOCOLO DO EXAME

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

EXAME FÍSICO PARA PUNÇÃO

PUNCIONADO MS ( ) DIREITO ( ) ESQUERDO
COM: _____ TENTATIVAS
GELCO UTILIZADO N° _____
OBSERVAÇÕES: _____

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTO	VIA	QUANTIDADE (ML)	LOTE	TEC DE ENFERMAGEM
CONTRASTE NÃO IONICO	IV			
GEL	V RETAL			
GEL	V VAGINAL			
ÁGUA FILTRADA	V ORAL			
CONTRASTE NÃO IONICO	V RETAL			
CONTARSTE NÃO IONICO	V URETRAL			
SOSO FISIOLÓGICO 0,9%	IV			
BUSCOPAN SIMPLES	IV			
CONSTRASTE GADOLINEO				

ASSINATURA CARIMBO/ MÉDICO

Anexo 5.10. Receituário Azul



Anexo 5.11. Receituário Oftalmológico

POLICLÍNICA REGIONAL DE SAÚDE

BAHIA GOVERNO DO ESTADO

CONSÓRCIO INTERFEDERATIVO DE SAÚDE DO ALTO SERTÃO

Nome: _____

		Esférico	Cilíndrico	Eixo	D.P.
PARA LONGE	O.D.				
	O.E.				m.m.
	ADIÇÃO				

Tipo de Lente: _____

Obs.: Favor não mudar o tipo de lente prescrito sem antes consultar seu oftalmologista

Sintomas que podem ocorrer no início do uso do óculos

- Ligeiro desconforto inicial, dor de cabeça discreta.
- Imagem sem perfeita nitidez.
- Dificuldade em subir e descer escadas.

NOVA CONSULTA EM

_____ / _____ / _____ _____ / _____

Anexo 5.12. Termo de Consentimento

TERMO DE CONSENTIMENTO

Consentimento para realização de Endoscopia Digestiva (Diagnóstica ou Terapêutica)

Eu,..... ……..., data de nascimento ____/___/___, estou ciente dos riscos, que embora **MUITO RAROS**, são passíveis de ocorrer durante o exame de endoscopia digestiva diagnóstica ou terapêutica, e que incluem, entre outros:

- Riscos de sedação (hipoxemia/apneia)
- Arritmias cardíacas
- Reações anafiláticas
- Aspiração
- Pneumonia
- Perfuração de esôfago, estômago, duodeno.
- Perfuração de Cólon
- Infecção
- Abscesso
- Derrame pleural
- Sangramento
- Lesão de baço

Tais complicações podem resultar em tratamento cirúrgico ou internação hospitalar.
Estou ciente que a medicação ministrada na ocasião do exame causa sonolência e amnésia anterógrada de curta duração, podendo ainda causar alergia cutânea e/ou mucosa. Deste modo me comprometo a comparecer ao exame na presença de um adulto responsável e a não dirigir veículos, operar máquinas ou ingerir álcool no período de 12 horas após a realização do exame.
Espontaneamente e de forma esclarecida autorizo o ou/a Dr.(a):……
……..médico(a) inscrito(a) no conselho regional de medicina sob o n°……, a submeter-me ao exame de endoscopia digestiva podendo ser realizado biópsia ou outro procedimento diagnóstico ou terapêutico quando houver indicação.

Assinatura do Paciente ou Responsável

Guanambi_____/____/_____

Anexo 5.13. Termo de Consentimento

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA REALIZAÇÃO DE TESTE ERGOMÉTRICO

Padrão orientado pelo Departamento de Ergometria, Cardiologia Nuclear, Cardiologia do Esporte e Reabilitação Cardíaca da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC/DERC)

Meu médico solicitou um exame denominado Teste Ergométrico, também chamado Teste de Esforço, e eu irei realizá-lo nesta Instituição. O objetivo deste exame é atender a solicitação do médico que o solicitou e a sua duração é variável, habitualmente, entre 20 a 40 minutos.

Tenho conhecimento que este exame solicitado pelo meu médico é um exame individualizado e será executado por médico com qualificação específica, o qual ficará ao meu lado durante a sua execução, inclusive na fase pós-esforço, seguindo as normas emanadas do DERC, da SBC e do Conselho Federal de Medicina, as quais serão rigorosamente cumpridas.

Gaze com álcool será friccionada em alguns locais do tórax, que foram previamente depilados, podendo ficar com a pele vermelha e incomodar um pouco, mas é indispensável para se obter um bom padrão eletrocardiográfico necessário para uma ótima interpretação médica.

Durante o exame irei caminhar ou correr sobre uma esteira em intensidade progressivamente crescente até atingir o meu máximo de cansaço. O exercício somente será interrompido antes do meu cansaço máximo caso o médico realizador do exame identifique alguma alteração que justifique a interrupção precoce, assim como também será interrompido a qualquer momento no caso da minha solicitação. Contribuirei com a segurança do exame informando, imediatamente, quando apresentar qualquer mal estar, como dor no peito, palpitação, falta de ar, tontura ou qualquer outro sintoma durante o teste.

Mesmo aplicando-se todos os cuidados necessários, algumas complicações, embora raras, poderão ocorrer, tais como: PA muito alta ou muito baixa, alterações do ritmo cardíaco, que podem ser de pequena ou maior gravidade, além de outras alterações muito incomuns que podem necessitar de internação hospitalar. Complicações mais sérias são excepcionais, mas pode ocorrer queda da esteira com eventuais traumatismos na pele, nos músculos e nos ossos. Esta instituição, para realizar este procedimento, dispõe de estrutura e suportes necessários para o atendimento de emergência caso alguma complicação grave incomum aconteça, tais como desfibrilador, oxigênio, ambu, cânulas para intubação endotraqueal e medicamentos específicos.

Após a realização do procedimento, estou ciente de que deverei adotar os seguintes cuidados: não me expor ao sol por 48 horas, para prevenir lesões na área da pele onde foi friccionada gaze com álcool, tomar regularmente os medicamentos prescritos pelo meu médico e procurar atendimento médico caso apresente algum sintoma.

Declaro que, além de ler este termo e tomar conhecimento integral das informações indispensáveis para a realização do exame, recebi todos os esclarecimentos necessários por parte do médico que realizará meu exame, Dr. Murilo Teles e ( ) concordo / ( ) não concordo com a realização do mesmo, ciente de que eventual decisão negativa é uma opção sem qualquer penalização ou sem prejuízo ao meu cuidado.

Guanambi ...../...../ 2018.

_____

Assinatura do Paciente ou do seu Representante Legal

Assinatura do Médico

Anexo 5.14. Carimbos – Modelos

Carimbo Modelo(1)

Nome do Profissional Especialidade – Registro Policlínica Regional de Saúde

Carimbo Modelo(1*)

Nome do Profissional Cargo Policlínica Regional de Saúde

Carimbo Modelo(2)

Almoxarifado / CAF CONFERIDO Ass.:…….Data…../…../……

Carimbo Modelo(2)

Almoxarifado / CAF LIBERADO Ass.:…….Data…../…../……

Carimbo Modelo(2)

Almoxarifado / CAF RECEBIDO Ass.:…….Data…../…../……

Carimbo Modelo(2)

CNPJ 00.000.000/0000-00 RAZÃO SOCIAL ENDEREÇO

Anexo 5.14.1. Relação dos Profissionais

PROFISSIONAIS DA POLICLÍNICA REGIONAL DE GUANAMBI

NOME	CARGO	REGISTRO	MODELO
Michelle Neves	Nutricionista	CRN 5-9681	(1)
Andressa Raisa de C. Silva	Enfermeira	COREN 428.295	(1)
Gabryelle Fernandes	Enfermeira	COREN 403.843	(1)
Rosilene Pereira da Silva	Psicóloga	CRP 03-13791	(1)
Márcio Pereira de Almeida	Ouvidor	-	(1*)
Thayanny Malheiro	Farmacêutica	CRF 10.912	(1)
Drª Larissa de Castro	Gastroenterologista	CREMEB-19 596	(1)
Drª Marina Cambuy	Mastologista	CRM 19345	(1)
Drª Glenda Viana Malheiros	Ginecologia e Obstetrícia	CRMBA 24182	(1)
Drª Olivia Giordanna Teixeira Rocha	Ginecologia e Obstetrícia	CRM 23679	(1)
Dr Rômulo de Souza Rocha	Cardiologista	CRM 16918	(1)
Dr. Francisco Antônio Novaes Santos	Cardiologista	CRM 24380	(1)
Dra. Débora Magalhães de Souza Fernandes	Cardiologista	CRM 30633	(1)
Dra. Rosa Maria Ribeiro Fagundes	Cardiologista	CRM 20661	(1)

Dr. Márcio André Fernandes Teixeira	Urologista	CRM 29220	(1)
Dr. Bruno Henrique Leão Souto	Radiologista	CRM 21540	(1)
Dr. Murillo Rodrigues Moraes	Cirurgião Geral	CRM 27131	(1)
Dra. Maria Laiza Fernandes Neves Abreu	Otorrinolaringologista	CRM 22140	(1)
Dra. Thaís Oliveira Sousa	Endocrinologia e Metabologia	CRM-BA 23777	(1)
Dr. Pablo Teixeira Laranjeira	Oftalmologista	CRM 15573	(1)
Dr. Luis Augusto Martins Araújo	Anestesiologista	CRM	(1)
Dr. Murilo Fernandes Teles	Cardiologista	CRM 22514	(1)
Dr. José Teixeira Magalhães Neto	Angiologista	CRM	(1)
Thamara Miranda	Diretora Geral		(1*)
Valma Régia Gomes	Diretora Administrativo/Financeiro		(1*)

Anexo 5.15. Envelope Timbrado



Anexo 5.16. Fôlder – Prevenindo o Pé diabético (Modelo)

QUADRO 1: CUIDADOS PREVENTIVOS DAS PRINCIPAIS DERMATOSES

Tipos de dermatoses	Cuidados preventivos
Micoses interdigital	Manter dedos secos. Manter local ventilado. Usar meias de algodão. Secar os pés após o banho. Avaliação médica.
Calos	Lubrificar com hidratante. Colocar protetores ou palmilhas nos calçados. Não recortar com tesoura ou alicates. Proteger com Hidrocoloide. Tratar com profissional especializado.
Fissura	Lubrificar com hidratante. Atentar para sinais de infecção.
Lesões	Lavar os pés todos os dias com sabão neutro e água morna; Cuidado com a temperatura da água, pois sem perceber, pela falta de sensibilidade, você pode queimar a pele; Enxugar bem entre os dedos para evitar fungos; Oferecer boa proteção aos pés; Nunca ande descalço; Evitar saltos altos; Evitar sapatos pontudos; Sacudir os sapatos antes de calcá-los; Usar meias de algodão. Realizar inspeção diária dos seus pés (por você mesmo ou peça ajuda de um familiar ou um cuidador); Cortaras unhas em linha reta; Em caso de dúvidas, procure sempre a sua equipe de saúde.

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde, 2016.

QUADRO 2: CLASSIFICAÇÃO FISIOPATOLÓGICA DO PÉ DIABÉTICO, SEGUNDO SINAIS E SINTOMAS

Sinal/Sintoma	Pé Neuropático	Pé isquêmico
Temperatura do pé	Quente ou morno	Frio
Aspecto da pele do pé	Pele seca e fissurada	Pele fina e brilhante
Deformidade do pé	Dedo em garra, dedo em martelo, pé de Charcot ou outro	Deformidades ausentes
Sensibilidade	Diminuída, abolida ou alterada (parestesia)	Sensação dolorosa, aliviada quando as pernas estão pendentes
Pulsos pediais	Pulsos amplos e simétricos	Pulsos diminuídos ou ausentes
Calosidades	Presentes, especialmente na planta dos pés	Ausentes
Edema	Presente	Ausente
Localização mais comum da úlcera (se houver)	1º e 5º metacarpos e calcâneo (posterior); redondas, com anel querostáticoperiulcerativo; não dolorosas	Latero–digital; sem anel querostático, dolorosas.

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde, 2016.



POLICLÍNICA REGIONAL DE SAÚDE

BAHIA GOVERNO DO ESTADO

CONSÓRCIO INTERFEDERATIVO DE SAÚDE DO ALTO SERTÃO

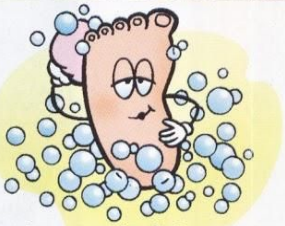
CUIDE DO SEU PÉ - EVITE AMPUTAÇÕES





Examinar os pés diariamente e ver se não há bolhas, rachaduras, cortes, pele seca ou vermelhidão.





Lavar os pés diariamente com sabão neutro e água morna (quente, não!).

Enxugar sempre muito bem, principalmente entre os dedos.

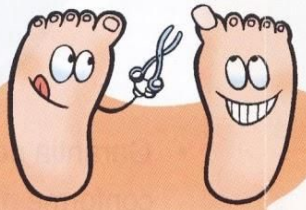




Não colocar de "molho", pois resseca.

Usar creme para amaciar (entre os dedos, não!).

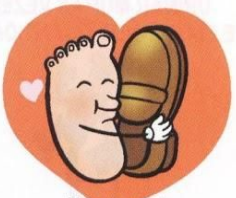




Cortar as unhas não muito curtas com tesoura própria e em linha reta.

As meias devem ser de algodão, sem costura e sem elástico.





Usar sapatos confortáveis, macios e sem costura.



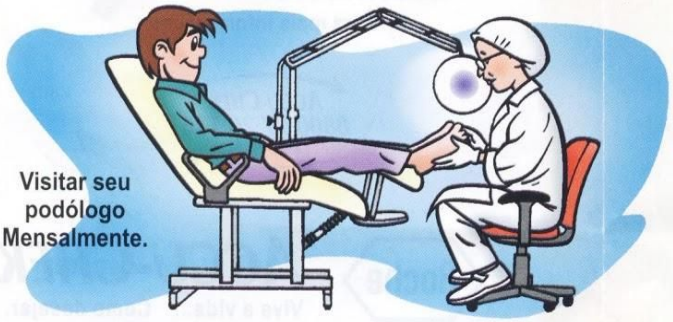
Não andar descalço nem usar sandálias, salto alto ou sapato apertado.



Antes de calçar sapatos e meias, ver se não há nada dentro que possa machucar seu pé.

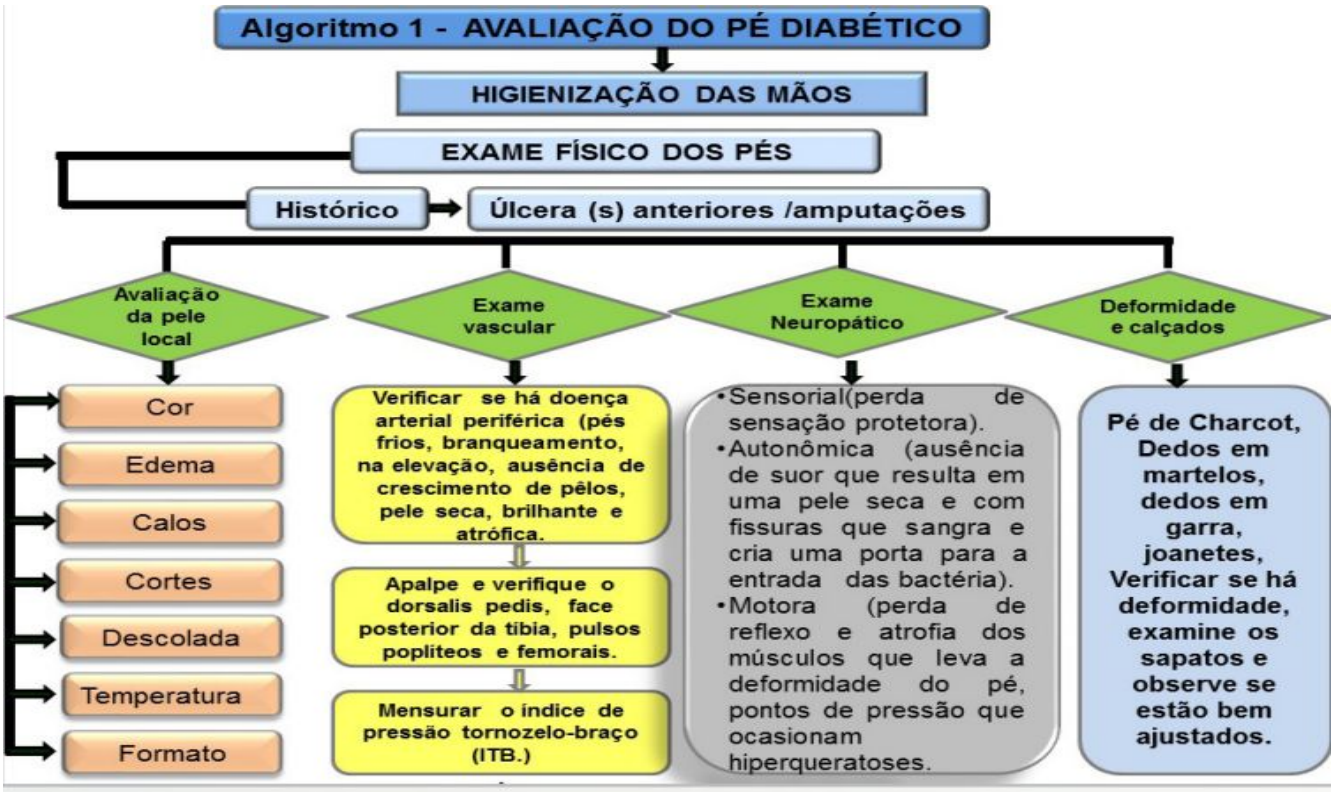


Não cortar calos ou verrugas e não tirar cutículas ou os cantos das unhas.

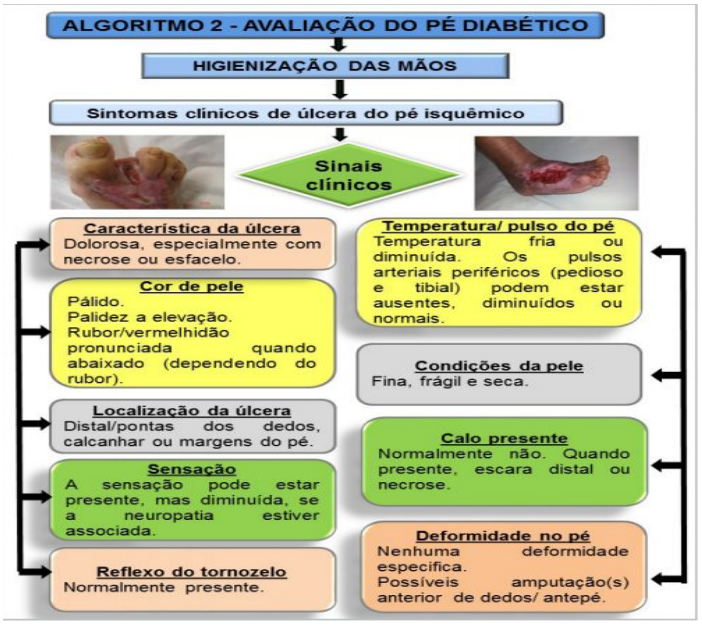


Visitar seu podólogo Mensalmente.




Algoritmo 1 - AVALIAÇÃO DO PÉ DIABÉTICO
HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS
EXAME FÍSICO DOS PÉS
Histórico
Úlcera (s) anteriores /amputações
Avaliação da pele local
Exame vascular
Exame Neuropático
Deformidade e calçados
Cor
Edema
Calos
Cortes
Descolada
Temperatura
Formato
Verificar se há doença arterial periférica (pés frios, branqueamento, na elevação, ausência de crescimento de pêlos, pele seca, brilhante e atrófica.
Apalpe e verifique o dorsalis pedis, face posterior da tíbia, pulsos popliteos e femorais.
Mensurar o índice de pressão tornozelo-braço (ITB.)
•Sensorial(perda de sensação protetora).
•Autonômica (ausência de suor que resulta em uma pele seca e com fissuras que sangra e cria uma porta para a entrada das bactéria).
•Motora (perda de reflexo e atrofia dos músculos que leva a deformidade do pé, pontos de pressão que ocasionam hiperqueratoses.
Pé de Charcot, Dedos em martelos, dedos em garra, joanetes, Verificar se há deformidade, examine os sapatos e observe se estão bem ajustados.


Avaliação Vascular
FIGURA 12: VARIZES
FIGURA 13: EDEMA
FIGURA 14: PELE FINA E BRILHANTE
FIGURA 15: PULSO PEDIOSO
FIGURA 16: PULSO TIBIAL


ALGORITMO 2 - AVALIAÇÃO DO PÉ DIABÉTICO
HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS
Sintomas clínicos de úlcera do pé isquêmico
Sinais clínicos
Característica da úlcera
Dolorosa, especialmente com necrose ou esfacelo.
Cor de pele
Pálido.
Palidez a elevação.
Rubor/vermelhidão pronunciada quando abaixado (dependendo do rubor).
Localização da úlcera
Distal/pontas dos dedos, calcanhar ou margens do pé.
Sensação
A sensação pode estar presente, mas diminuída, se a neuropatia estiver associada.
Reflexo do tornozelo
Normalmente presente.
Temperatura/ pulso do pé
Temperatura fria ou diminuída. Os pulsos arteriais periféricos (pedioso e tibial) podem estar ausentes, diminuídos ou normais.
Condições da pele
Fina, frágil e seca.
Calo presente
Normalmente não. Quando presente, escara distal ou necrose.
Deformidade no pé
Nenhuma deformidade especifica.
Possíveis amputação(s) anterior de dedos/ antepé.

Avaliação Neurológica

ALGORITMO 3 - TESTE DE MONOFILAMENTO

HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

Teste de monofilamento
O teste de monofilamento de 10g ´é recomendado como uma ferramenta de triagem para determinar a presença de sensação protetora nos pés dos diabéticos



Locais de teste

- Superfície plantar das cabeças dos metatarsos;
- O hálux/dedão/primeiro dedo do pé;
- Os lados medial e lateral da região plantar do mediopé;
- A área plantar do calcanhar;
- A região dorsal do mediopé.



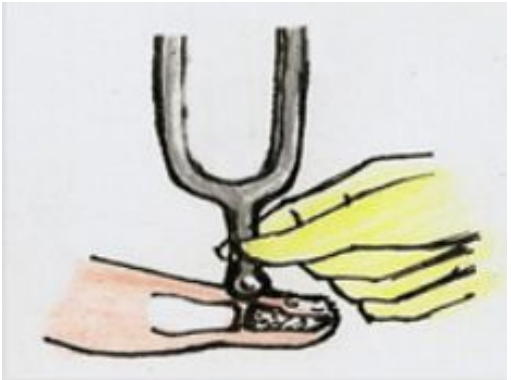


FIGURA 19: EXAME SENSORIAL COM O DIAPASÃO DE 128 HZ.

ALGORITMO 4 - AVALIAÇÃO DA SENSIBILIDADE

HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

Percepção de pressão (sensibilidade protetora	Semmes- Weinstein monfilamento (10g)	(+) percebe (-) não percebe
Percepção de vibração (sensibilidade vibratória)	128 Hz diapasão	Presente Diminuído Ausente

ALGORITMO 5 – TIPOS DE NEUROPATIA

HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

AVALIAÇÃO DO PÉ DIABÉTICO

ETIOLOGIA

Neuropatia sensorial

CARACTERISTICAS:
- Perda da sensibilidade protetora;
- Não percebe os sapatos esfregando ou as mudanças de temperatura.

APRESENTAÇÃO CLÍNICA:
- Não percebe a úlcera no pé;
- Não sente desconforto quando a ferida está sendo examinada.

Neuropatia autonômica

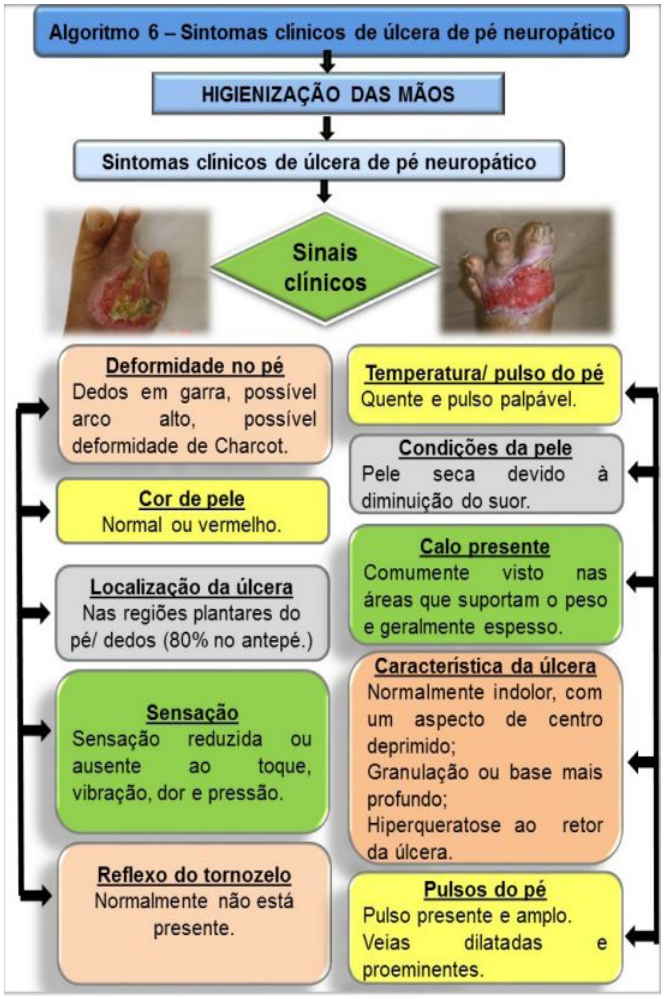
CARACTERISTICAS:
- Redução do suor que resulta em uma pele seca e rachada;
- Aumento do fluxo sanguíneo que leva a um pé quente.

APRESENTAÇÃO CLÍNICA:
- Pele seca com rachaduras e fissuras;
- Pulso presente;
- Veias dorsais dilatadas;
- Pés quentes.

Neuropatia motora

CARACTERISTICAS:
- Disfunção dos nervos motores;
- Mobilidade limitada das articulações;
- Deformidades nos pés;
- Dedos em martelos e em garra.

APRESENTAÇÃO CLÍNICA:
- Arco longitudinal medial alto, levando a proeminência das cabeças dos metatarsos e consequentemente a prontos de pressão na região plantar do antepé;
- Andar alterado.



Avaliação Músculo Esquelética



FIGURA 20: DEDOS EM GARRA

Hiperextensão da articulação metarsofalangeana com flexão das interfalangeanas dedos em garra



FIGURA 21: DEDOS EM MARTELO

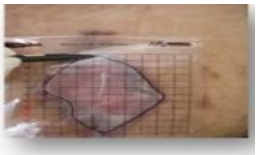
Extensão da interfalangeana distal dedos em martelo



FIGURA 22: PÉ DE CHARCOT

Artropatia de Charcot se apresenta com eritema, calor, edema e perda da concavidade da região plantar, causando uma grosseira deformidade





ALGORITMO 7 - AVALIAÇÃO DA ÚLCERA

AVALIAÇÃO DO PÉ DIABÉTICO

AVALIAÇÃO DA ÚLCERA

Dor neuropática	Queimação, aguda penetrante e perfurante
Dor Local	Infecção profunda ou neuroartropatia de Charcot
Tamanho	Comprimento, largura, profundidade e localização, preferencialmente 2Cm
Leito da ferida	Aparência (necrose ou esfacelo, tecido de granulação e ou epitelial, profundidade)
Sinais de infecção	Odor, febre, dor, edema, aumento na contagem de leucócitos/ESR
Exsudato	Alto, moderado, leve e nenhum
Margens da ferida	Hiperqueratose, descamação, maceração, eritema e edema

QUADRO 4: CLASSIFICAÇÃO DE FERIDA DIABÉTICA DA UNIVERSIDADE DO TEXAS

Estágio	Grau 0	Grau 1	Grau 2	Grau 3
A (ausência de infecção ou isquemia)	Lesão pré ou pós-ulcerativa completamente epitelizada	Ferida superficial não envolvendo tendão, cápsula ou osso	Ferida com exposição de tendão ou cápsula	Ferida com exposição de osso ou articulação
B	Infecção	Infecção	Infecção	Infecção
C	Isquemia	Isquemia	Isquemia	Isquemia
D	Infecção e isquemia	Infecção e isquemia	Infecção e isquemia	Infecção e isquemia

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde, 2016.

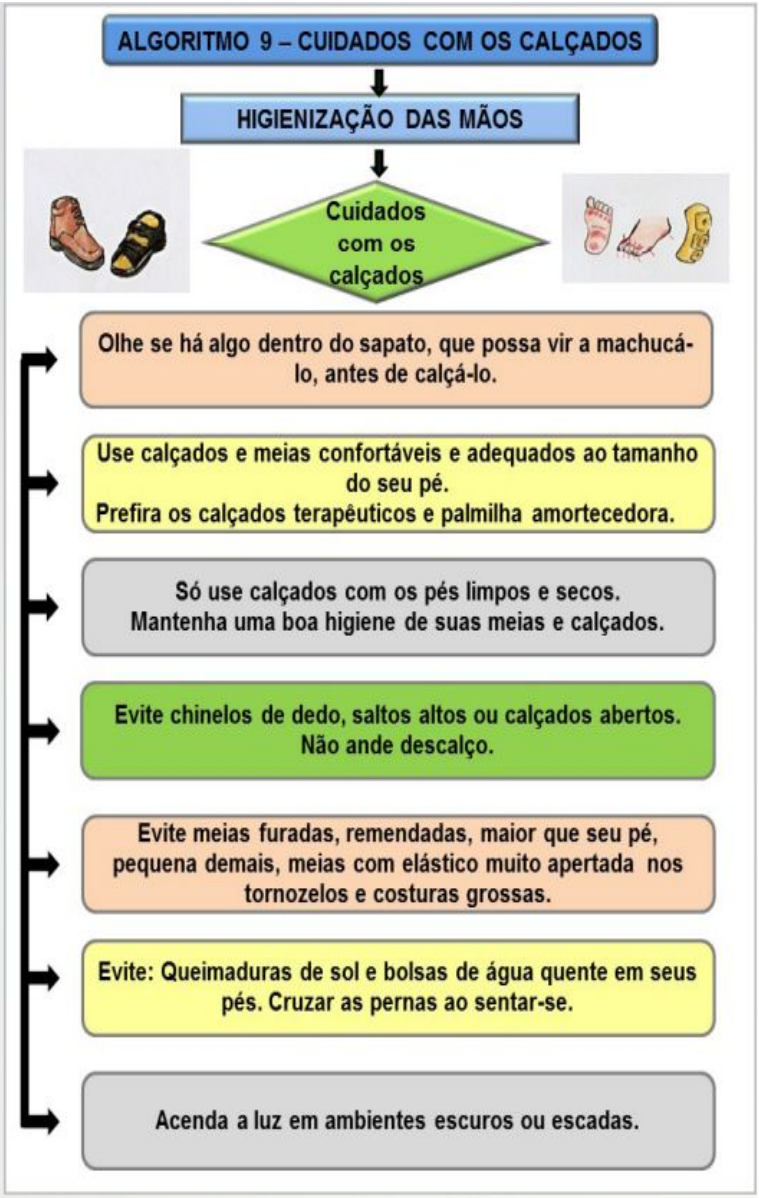
Self- carebehavior	Tradução	Ação
Beingactive	Atividade física	Incorporação de atividade física no estilo de vida.
Healthyeating	Alimentação saudável	Incorporação do manejo nutricional no estilo de vida.
Monitoring	Monitorização	Monitorar e interpretar a glicemia e outros parâmetros e usar os resultados na tomada de decisão.
Takingmedication	Medicação	Usar a medicação com segurança e para a máxima efetividade terapêutica.
Problemsolving	Resolução de problemas	Prevenir, detectar e tratar complicações agudas e outros problemas.
Healthycoping	Enfrentamento saudável	Desenvolver estratégias personalizadas para acessar problemas psicossociais.
Reducingrisks	Reduzindo riscos	Prevenir, detectar e tratar complicações crônicas.

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde, 2014.



FIGURAS 29 A 36: AÇÕES DE PREVENÇÃO DO PÉ DIABÉTICO.





Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da saúde. Caderno de Atenção Básica nº 35. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença Crônica – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da saúde. Caderno de Atenção Básica nº 36. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença Crônica: Diabetes Mellitus – Brasília: Ministério da Saúde, 2013

BRASIL. Ministério da saúde. Manual do Pé Diabético: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – Brasília: Ministério da Saúde, 2016

SILVA, M A P. Manual de prevenção do pé diabético – Pouso Alegre: Univás, 2017.

……..
Thamara Miranda
Diretora Geral
Policlínica Regional de Saúde

……
Valma Régia Gomes
Diretora – Administrativa/Financeira
Policlínica Regional de Saúde