

Estomias:	<input type="checkbox"/> Colostomia <input type="checkbox"/> Urostomia <input type="checkbox"/> Ileostomia <input type="checkbox"/> Jejunostomia
-----------	---

3) ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA (AVALIAÇÃO DE DEPENDÊNCIA)

Presença de escaras: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Local/ região corporal:
<input type="checkbox"/> Controla urina e fezes	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Estabelece comunicação coerente	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Paciente independente para transferências e mobilidade	
<input type="checkbox"/> Paciente parcialmente dependente para transferências e mobilidade	
<input type="checkbox"/> Paciente dependente para transferências e mobilidade	

4) Necessidades Domiciliares: Uso de recursos/ Órteses

Sistema Respiratório	Sistema Circulatório	Sistema Gastrointestinal	Sistemas Vesical/Intestinal
<input type="checkbox"/> Traqueostomia	<input type="checkbox"/> Acesso Venoso Periférico	<input type="checkbox"/> Gastro/Jejuno	<input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> com irrigação <input type="checkbox"/> Sem irrigação
<input type="checkbox"/> Aspiração	<input type="checkbox"/> Acesso Venoso Central	<input type="checkbox"/> SNE	<input type="checkbox"/> SVA <input type="checkbox"/> Colostomia
<input type="checkbox"/> O2 contínuo	<input type="checkbox"/> Portocath	Dieta	Necessidade Domiciliares
<input type="checkbox"/> O2 S/N		<input type="checkbox"/> VO exclusiva	<input type="checkbox"/> Cama Hospitalar
		<input type="checkbox"/> VO/enteral	<input type="checkbox"/> Torpedo de Oxigênio
		<input type="checkbox"/> Enteral exclusiva	<input type="checkbox"/> Aspirador

Local, data, assinatura e carimbo do profissional