

POP

HC-UFTM/EBSERH

Fluxo do Serviço de Assistência à Saúde da Pessoa Ostomizada

Versão: 5 | 2025

SUPERINTENDENTE

LUCIANA DE ALMEIDA SILVA TEIXEIRA

GERENTE DE ATENÇÃO À SAÚDE

LUIZ ANTONIO PERTILI RODRIGUES DE RESENDE

CHEFE DA DIVISÃO DE ENFERMAGEM

ANA CLAUDIA DE MORAES FAQUIM

CHEFE DA UNIDADE DE AMBULATÓRIO

HELIDA ROSA SILVA

ELABORAÇÃO DA VERSÃO ATUAL

Janna Talita Araújo de Souza, Unidade de Ambulatório
Marcela Venecci Nunez Aguilera, Unidade de Ambulatório
Renata Beraldo Silveira, Unidade de Ambulatório
Veridiana Bernardes Faria, Unidade de Ambulatório

ANÁLISE

Hélida Rosa Silva, Unidade de Ambulatório

VALIDAÇÃO TÉCNICA

Raquel Bessa Ribeiro Rosalino, Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente

REGISTRO, VALIDAÇÃO DE FORMA E REVISÃO

Ana Paula Corrêa Gomes, Comissão de Gestão da Qualidade Documental

APROVAÇÃO

Ana Claudia de Moraes Faquim, Divisão de Enfermagem

Data da emissão: 5/8/2025

Vigência: dois anos

Código do documento: POP.HC-UFTM-UAMB.009

ISBN:

Cópia eletrônica não controlada. Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. O uso deste documento em meio físico ou fora da vigência pode disseminar informação e/ou procedimento desatualizados © 2025, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados www.ebserh.gov.br



1. OBJETIVO

- ✓ Padronizar rotinas e fluxos de referência e contrarreferência de pacientes com estomas de eliminação cadastrados no Serviço de Assistência à Saúde de Pessoa Ostomizada (SASPO).
- ✓ Normatizar as rotinas administrativas na Unidade de Ambulatório (UAMB) do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM), relacionadas aos atendimentos prestados pelo SASPO Uberaba.

2. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

2.1. Agendamento de consulta na UAMB/SASPO Uberaba

- a) O agendamento de consulta no SASPO em Uberaba acontece na UAMB, no ambulatório Maria da Glória, 2º andar, guichê 4, na grade “PAMPO”, número 5119, pelo recepcionista do guichê ou enfermeiro do PAMPO.
- b) Para o agendamento de PRIMEIRA CONSULTA e REFERENCIADO, é preciso a apresentação dos seguintes documentos:
 - FICHA DE CADASTRO DA REDE DE CUIDADOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA (anexo 1) totalmente preenchida;
 - cópia de documento de identificação;
 - cópia de CPF;
 - cópia do Cartão Nacional de Saúde (Cartão do SUS);
 - cópia de comprovante de endereço para consultas iniciais.
- c) As fichas de cadastro dos pacientes que forem entregues aos recepcionistas deverão ser arquivadas em pasta própria do programa e serão recolhidas pelo enfermeiro do programa, no mínimo uma vez por semana, mediante assinatura no caderno de protocolo.
- d) Para o agendamento da consulta, o recepcionista deverá verificar no sistema AGHU (Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários), se o usuário já possui cadastro, a fim de evitar duplicidade de prontuário.
- e) Em casos de pacientes referenciados de outros serviços que não tenha cadastro hospitalar no HC-UFTM, a abertura está condicionada à apresentação dos documentos citados.
- f) Quando houver necessidade de abertura de cadastro para o usuário, o recepcionista deverá:
 - ❖ Solicitar os documentos necessários que comprovem a identificação pessoal do usuário (documentos com fotos, certidão de nascimento); Cartão SUS e comprovante de endereço;
- g) O cadastro só será realizado com a apresentação dos documentos acima citados e número de telefone para contato.
- h) As consultas iniciais deverão ser agendadas, conforme a disponibilidade de atendimentos, na modalidade “Primeira Consulta” para as vagas “Referenciado”.
- i) O retorno pode ser solicitado pelo enfermeiro ou pelo próprio paciente quando precisar de atendimento. Neste caso é necessário ter consulta prévia no PAMPO (pessoas já cadastradas).
- j) Ao agendar a consulta, o recepcionista deverá verificar se houve atendimento anterior, com o objetivo de checar o fluxo de atendimentos do usuário.
- k) O agendamento de consultas deverá ser realizado conforme a solicitação do paciente na modalidade RECONSULTA, em qualquer vaga disponível na grade 5119. Para isto a modalidade deverá ser trocada se necessário conforme a necessidade.

- l) O agendamento de consultas na modalidade “Pós alta” será providenciado se o paciente apresentar encaminhamento e/ou relatório médico do HC-UFTM. Caso não tenha a vaga para a data solicitada, a consulta deverá ser agendada para a próxima vaga aberta de “Referenciado” ou “Pós-alta”. Nunca marcar como consulta excedente.
- m) Os recepcionistas deverão se atentar quanto as modalidades de agendamento de consultas, suas características e especificidades para que não sejam cometidos equívocos que venham a prejudicar o paciente e o bom andamento do serviço.
- n) Não são aceitos pacientes para a modalidade de consulta “Sessão/Excedente”; essa marcação, se for o caso, será feita apenas pelo enfermeiro do programa.
- o) Para os agendamentos de retorno dos usuários, os recepcionistas deverão seguir as mesmas orientações de agendamento das primeiras consultas, utilizando as vagas disponíveis na modalidade “Reconsulta”, sem exceção.
- p) Os atendimentos serão realizados apenas em data e hora marcada, conforme impresso no comprovante do agendamento, desta forma, o recepcionista não deverá alterar o horário impresso.
- q) Pacientes que chegarem atrasados para a consulta serão atendidos após o atendimento daqueles que chegaram no horário agendado.
- r) Ao final do expediente de cada turno, o recepcionista deverá registrar no AGHU as ausências dos usuários que estavam agendados para aquela data.
- s) Não será permitido aos motoristas das Secretarias de Saúde acesso ao atendimento do PAMPO em nome de terceiros.

2.2. Agendamento de entrega de material na UAMB/SASPO UBERABA

- a) O agendamento de entrega de material no SASPO Uberaba acontece no ambulatório Maria da Gloria, 2º andar, guichê 4, na grade PAMPO PROGRAMA – PAP número 5121, pelo recepcionista do guichê ou enfermeiro do PAMPO.
- b) A data do agendamento para a entrega de bolsas, ou seja, consulta na especialidade/modalidade PAP, será determinada apenas pelo enfermeiro responsável pelo serviço.
- c) O agendamento no guichê, fora das datas previamente determinadas, apenas para os pacientes faltosos, deverá ser efetuado sempre, com antecedência mínima de 4 dias úteis.
- d) Todos os agendamentos de entrega das bolsas deverão ser na modalidade de consulta: “Exame/Procedimento”.
- e) Após o agendamento da consulta, o recepcionista imprimirá o *ticket* (comprovante do agendamento) e entregará ao usuário; confirmando o horário para a entrega, que acontece das 7h30min às 8h30min na quarta-feira ou de 13h às 14h na sexta-feira. E ainda:
- f) Orientar quanto à quantidade de acompanhantes permitidos (1 por usuário, salvo quando o paciente necessitar de mais de 1 acompanhante, como idosos, crianças e pacientes com necessidades especiais).
- g) Os atendimentos são realizados em data e horário previamente agendados e obedecendo a ordem de chegada do paciente.
- h) A categoria “Demanda Espontânea” não é aceita para pacientes faltosos. Os mesmos devem entrar em contato no telefone previamente fornecido pelo estomaterapeuta do serviço. Os pacientes são informados de que a entrega fora da data agendada não é possível.
- i) Ao final do expediente de cada turno, o recepcionista deverá registrar no AGHU as

ausências dos usuários que estavam agendados para aquela data.

j) As bolsas podem ser entregues, em nome dos pacientes, para acompanhantes, responsáveis e/ou motoristas das Secretarias de Saúde que portarem o cartão de controle ou o relatório de entrega dos municípios.

Observação: A entrega das bolsas é feita na data previamente agendada uma vez que as bolsas ficam armazenadas fora do complexo ambulatorial.

2.3 Registro do atendimento

a) A equipe assistencial que prestar atendimento ao paciente com estomia deverá registrar o atendimento ambulatorial no seu prontuário eletrônico (AGHU) descrevendo a conduta prestada.

b) Ao final do atendimento a equipe assistencial deverá finalizar a consulta no sistema AGHU para fins de faturamento, estatística e indicadores. As consultas não finalizadas não entram na estatística da unidade e prejudicam a construção dos indicadores.

c) Em caso de alta do paciente – contrarreferência – justificar a condição de alta ao final da descrição da conduta.

d) Na impossibilidade de uso do AGHU, o atendimento deverá ser anotado em ficha de evolução impressa para ser entregue no Serviço de Arquivo de Prontuários ou arquivada na pasta de cadastro.

e) A equipe assistencial que prestar atendimento ao paciente com estomia deverá registrar o atendimento ambulatorial no Formulário Ficha de Avaliação de Enfermagem – Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência (Anexo 2).

f) A Ficha de Cadastro deverá ser escaneada e arquivada pelo estomaterapeuta do programa PAMPO em pen drive e/ou outro dispositivo, caso solicitado pela gestão da instituição.

2.4 Encaminhamento de pacientes para Atenção Básica

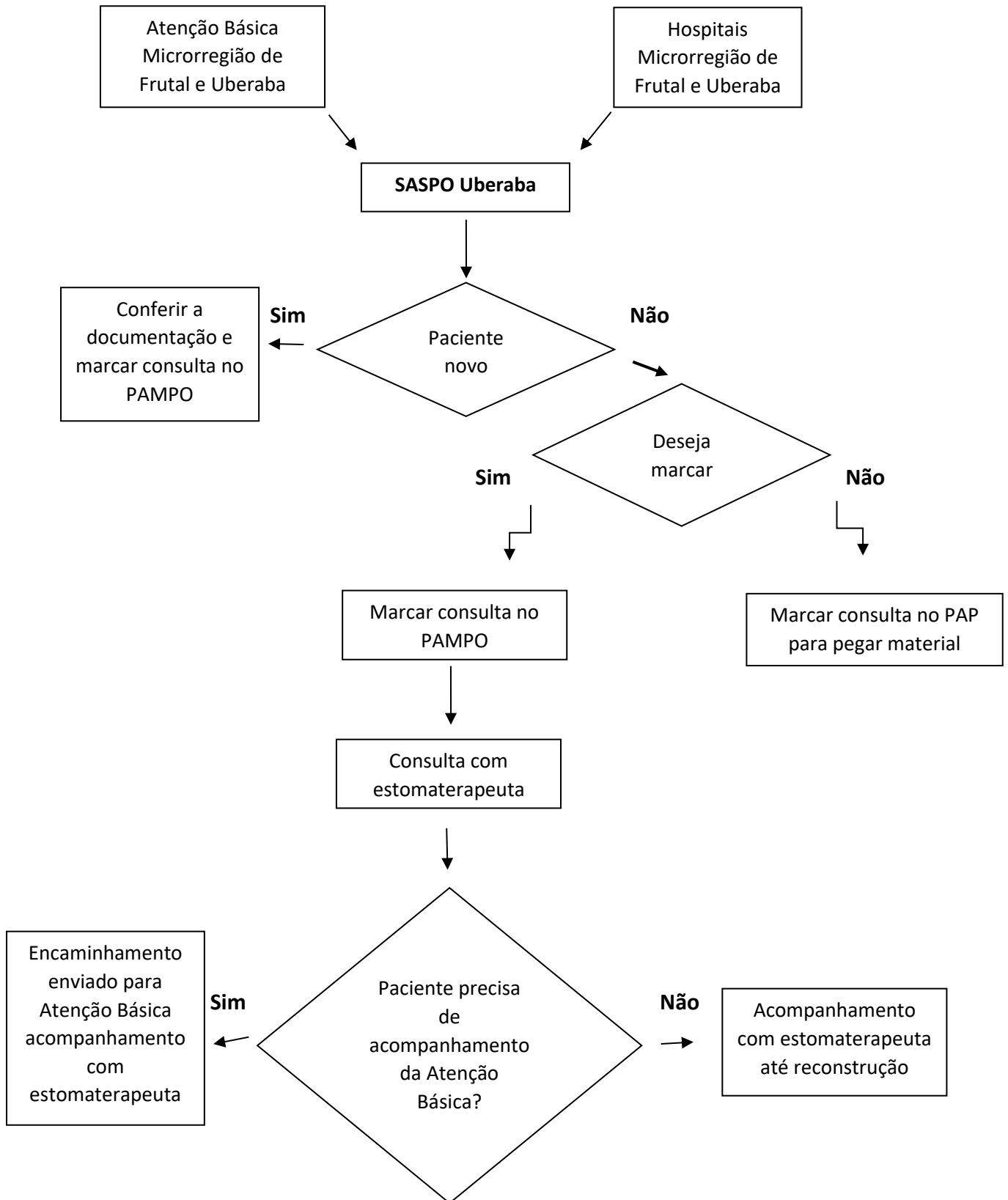
- Os pacientes serão encaminhados para Atenção Básica nos seguintes casos:
 - a) Quando precisarem de monitoramento quanto ao vazamento de efluentes, descolamento precoce da bolsa, lesão de pele;
 - b) Quando não tiverem rede de apoio na família;
 - c) Quando não conseguirem compreender as orientações recebidas;
 - d) Quando apresentarem ferida operatória abdominal aberta;
- Os Formulários de Referência poderão ser encaminhados:
 - a) Através do paciente;
 - b) Enviado via *WhatsApp*® para Atenção Básica do município.

2.5 Mensuração dos indicadores do serviço

- A estatística mensal do PAMPO será realizada pelo estomaterapeuta do setor, em formulário próprio da estatística, elaborado pela administração, datado, assinado e carimbado.



3. FLUXOGRAMA



4. REFERÊNCIAS

BRASIL. Coordenação de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência. Secretaria de Estado da Saúde. **Linha de cuidados da pessoa estomizada**. Belo Horizonte: SES-MG, 2015. Disponível em: <https://efivest.com.br/wpcontent/uploads/2019/03/cuidados-da-pessoa-estomizada.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 400, de 16 de novembro de 2009**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2009/prt0400_16_11_2009.html. Acesso em: 14 jan. 2025.

DINIZ, I. V. *et al.* Factors associated to quality of life in people with intestinal stomas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 55, e20200377, Aug. 2021.

FARIA, V. B. *et al.* Influence of spirituality on the life of people with intestinal stomas: An integrative review. **Research, Society and Development**, São Paulo, v. 11, n. 5, e12411527808, mar. 2022.

GODOY JUNIOR, P. C *et al.* Revisão da literatura sobre colostomias e suas complicações no período de 2015 a 2021. **International Journal of Health Management Review**, v. 7, n. 3, 2021.

GRANT M *et al.* Cancer survivors' greatest challenges of living with an ostomy: findings from the ostomy self-management telehealth (OSMT) randomized trial. **Support Care Cancer**, v. 30, n. 2, p 1139, 2022.

PACZEK, R. S *et al.* Perfil de usuários e motivos da consulta de enfermagem em estomaterapia. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 1-7, 2020.

PAULA, M. A. B. *et al.* **Estomaterapia em foco: E o cuidado especializado**. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2014.

SANTOS, V. L. C. G.; CESARETTI, I. U. R. **Assistência em Estometropia: Cuidado de Pessoa com Estomia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2015. 600 p.

SOBEST - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTOMATERAPIA. **Consenso Brasileiro de cuidado às pessoas adultas com estomias de eliminação 2020**. 1. ed. São Paulo: Segmento Farma Editores, 2021. Disponível em: https://sobest.com.br/wp-content/uploads/2021/11/CONSENSO_BRASILEIRO.pdf. Acesso em: 5 fev. 2024.

5. HISTÓRICO DE ELABORAÇÃO/REVISÃO

Versão	Data	Descrição da ação/atualização
1	13/1/2020	Elaboração da 1ª versão do Procedimento Operacional Padrão (POP)
2	30/3/2020	Revisão e atualização de conteúdo
3	24/5/2021	Revisão e atualização de conteúdo
4	22/5/2023	Revisão e atualização de conteúdo
5	5/8/2025	Revisão e atualização de conteúdo, do modelo e do nome do documento

6. RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO

<p>Elaboração da versão atual (versão 5) – data: 3/4/2025 Janna Talita Araújo de Souza, assistente administrativo da Unidade de Ambulatório (UAMB) Marcela Venecci Nunez Aguilera, Renata Beraldo Silveira e Veridiana Bernardes Faria, enfermeiras da UAMB</p> <p>Análise – data: 3/4/2025 e 12/6/2025 Hélida Rosa Silva, chefe da UAMB</p> <p>Validação técnica – data: 22/7/2025 Raquel Bessa Ribeiro Rosalino, chefe da Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente</p> <p>Aprovação – data: 27/4/2025 Ana Claudia de Moraes Faquim, chefe da Divisão de Enfermagem (DENF)</p> <p>Registro, validação de forma e revisão – data: 5/8/2025 Ana Paula Corrêa Gomes, coordenadora da Comissão de Gestão da Qualidade Documental</p>
<p>Elaboração da versão 4 – data: 22/5/2023 Marcela Venecci Nunez Aguilera e Veridiana Bernardes Faria, enfermeiras da UAMB</p> <p>Validação Hélida Rosa Silva, chefe da UAMB</p> <p>Registro, análise e revisão Ana Paula Corrêa Gomes, chefe da Unidade de Planejamento, Gestão de Riscos e Controles Internos</p> <p>Aprovação Mara Danielle Felipe P. Rodrigues, chefe da DENF</p>
<p>Elaboração da versão 3 – data: 24/5/2021 Maria Catarina C. Árabe, assistente administrativo Veridiana Bernardes Faria, enfermeira do PAMPO</p> <p>Registro, análise e revisão Ana Paula Corrêa Gomes, chefe da Unidade de Planejamento</p> <p>Validação Hélida Rosa Silva, chefe da UAMB</p> <p>Aprovação Ivone Helena Rocha, chefe da Divisão de Gestão do Cuidado (DGC)</p>
<p>Elaboração da versão 2 – data: 30/3/2020 Maria Catarina C. Árabe, assistente administrativo Veridiana Bernardes Faria, enfermeira do PAMPO</p> <p>Registro, análise e revisão Ana Paula Corrêa Gomes, chefe da Unidade de Planejamento</p> <p>Validação Hélida Rosa Silva, chefe da UAMB</p> <p>Aprovação Ivone Helena Rocha, chefe da DGC</p>
<p>Elaboração da versão 1 - data: 13/1/2020 Maria Catarina C. Árabe, Janna Talita A. Souza, Veridiana Bernardes Faria</p> <p>Colaboração Raphael Seabra Santana</p> <p>Registro, análise e revisão Ana Paula Corrêa Gomes, chefe da Unidade de Planejamento</p> <p>Validação Hélida Rosa Silva, chefe da UAMB</p> <p>Aprovação Ivone Helena Rocha, chefe da DGC</p>

7. ANEXOS

I – FICHA DE CADASTRO – REDE DE CUIDADOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
SUPERINTENDÊNCIA DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE - SRAS
DIRETORIA DE SISTEMAS LOGÍSTICOS E APOIO ÀS REDES - DSLAR
COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA - CASPD

FICHA DE CADASTRO REDE DE CUIDADOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA			
IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO			
GERÊNCIA OU SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DA SES-MG		SERVIÇO DE ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA OSTOMIZADA (SASPO)	
IDENTIFICAÇÃO DO(A) PACIENTE			
NOME			DATA DE NASCIMENTO
CNS	CPF	CI	
NOME DA MÃE			TELEFONE PARA CONTATO
ENDEREÇO DO(A) PACIENTE (RUA, N.º, COMPLEMENTO, BAIRRO)			
MUNICÍPIO		UF	CEP
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE À QUAL ESTÁ VINCULADO(A)			
SEXO	ESTADO CIVIL	GRAU DE INSTRUÇÃO	
<input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO	<input type="checkbox"/> SOLTEIRO(A) <input type="checkbox"/> CASADO(A) <input type="checkbox"/> AMASIADO(A) <input type="checkbox"/> VIÚVO(A) <input type="checkbox"/> DIVORCIADO(A)	<input type="checkbox"/> ANALFABETO(A) <input type="checkbox"/> SEMI ANALFABETO(A) <input type="checkbox"/> NÍVEL FUNDAMENTAL <input type="checkbox"/> NÍVEL MÉDIO <input type="checkbox"/> NÍVEL SUPERIOR - CURSO: _____	
RAÇA/COR		PROFISSÃO/OCUPAÇÃO	
<input type="checkbox"/> BRANCO(A) <input type="checkbox"/> NEGRO(A) <input type="checkbox"/> AMARELO(A) <input type="checkbox"/> PARDO(A) <input type="checkbox"/> INDÍGENA			
RENDA FAMILIAR			
<input type="checkbox"/> < DE 01 SALÁRIO MÍNIMO <input type="checkbox"/> 01 A 02 SALÁRIOS MÍNIMOS <input type="checkbox"/> 02 A 03 SALÁRIOS MÍNIMOS <input type="checkbox"/> 03 A 04 SALÁRIOS MÍNIMOS <input type="checkbox"/> 04 OU MAIS SALÁRIOS MÍNIMOS			
DADOS CLÍNICOS			
DIAGNÓSTICO			CID-10
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO REALIZADO			DATA DA CIRURGIA
NOME DO CIRURGIÃO		INSTITUIÇÃO ONDE REALIZOU A CIRURGIA	
TIPO DE ESTOMA			
<input type="checkbox"/> ILEOSTOMIA <input type="checkbox"/> COLOSTOMIA DIREITA <input type="checkbox"/> COLOSTOMIA ESQUERDA <input type="checkbox"/> UROSTOMIA <input type="checkbox"/> FÍSTULA: _____ <input type="checkbox"/> UMA BOCA <input type="checkbox"/> DUAS BOCAS <input type="checkbox"/> EM ALÇA <input type="checkbox"/> SEPARADAS			
PERMANÊNCIA DO ESTOMA		SE TEMPORÁRIO, REVERSÃO PROGRAMADA PARA	
<input type="checkbox"/> DEFINITIVO <input type="checkbox"/> TEMPORÁRIO		<input type="checkbox"/> DATA: ___/___/_____. <input type="checkbox"/> SEM INFORMAÇÃO	
OBSERVAÇÕES			
DATA DO CADASTRO			
ASSINATURA E CARIMBO DO(A) PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO			
PARECER TÉCNICO DA COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA DA SES-MG			
<input type="checkbox"/> APROVADO <input type="checkbox"/> NÃO APROVADO		MOTIVO	
DATA		ASSINATURA E CARIMBO	

II – FICHA DE AVALIAÇÃO DA ENFERMAGEM – REDE DE CUIDADOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
SUPERINTENDÊNCIA DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE - SRAS
DIRETORIA DE SISTEMAS LOGÍSTICOS E APOIO ÀS REDES - DSLAR
COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA - CASPD

FICHA DE AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM REDE DE CUIDADOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA			
GERÊNCIA OU SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DA SES-MG		SERVIÇO DE ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA OSTOMIZADA (SASPO)	
IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO			
IDENTIFICAÇÃO DO(A) PACIENTE			
NOME		CPF	
MOTIVO DA AVALIAÇÃO			
<input type="checkbox"/> CADASTRO NO PROGRAMA <input type="checkbox"/> REAVALIAÇÃO PERIÓDICA <input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO DO DISPOSITIVO COLETOR E/OU ADJUVANTE DE PROTEÇÃO E SEGURANÇA NOTIFICAÇÃO DE DESLIGAMENTO DO PROGRAMA POR: <input type="checkbox"/> ÓBITO <input type="checkbox"/> REVERSÃO <input type="checkbox"/> ABANDONO / DESISTÊNCIA <input type="checkbox"/> MUDANÇA DE RESIDÊNCIA			
AVALIAÇÃO ESPECÍFICA DO ESTOMA			
TIPO DE ESTOMA			
<input type="checkbox"/> ILEOSTOMIA <input type="checkbox"/> COLOSTOMIA DIREITA <input type="checkbox"/> COLOSTOMIA ESQUERDA <input type="checkbox"/> UROSTOMIA <input type="checkbox"/> FÍSTULA: _____ <input type="checkbox"/> UMA BOCA <input type="checkbox"/> DUAS BOCAS <input type="checkbox"/> EM ALÇA <input type="checkbox"/> SEPARADAS			
PERMANÊNCIA DO ESTOMA		SE TEMPORÁRIO, REVERSÃO PROGRAMADA PARA	
<input type="checkbox"/> DEFINITIVO <input type="checkbox"/> TEMPORÁRIO		<input type="checkbox"/> DATA: ____/____/____ <input type="checkbox"/> SEM INFORMAÇÃO	
PROTRUSÃO	DIÂMETRO	FORMA	COR
_____mm	_____mm	<input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> IRREGULAR	
LOCALIZAÇÃO		FAZ IRRIGAÇÃO INTESTINAL?	
<input type="checkbox"/> QID <input type="checkbox"/> QE <input type="checkbox"/> QSD <input type="checkbox"/> QSE <input type="checkbox"/> OUTROS: _____		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO TEM INDICAÇÃO	
COMPLICAÇÃO			
<input type="checkbox"/> SEM COMPLICAÇÃO <input type="checkbox"/> RETRAÇÃO <input type="checkbox"/> ESTENOSE <input type="checkbox"/> PROLAPSO <input type="checkbox"/> EDEMA <input type="checkbox"/> DERMATITE <input type="checkbox"/> ABSCESSO <input type="checkbox"/> DESCOLAMENTO MUCOCUTÂNEO <input type="checkbox"/> HÉRNIA PARACOLOSTÔMICA <input type="checkbox"/> NECROSE <input type="checkbox"/> SANGRAMENTO			
ASPECTO DA PELE PERIESTOMAL		ABDOME	
		<input type="checkbox"/> PLANO <input type="checkbox"/> FLÁCIDO <input type="checkbox"/> GLOBOSO <input type="checkbox"/> DISTENDIDO	
INCISÃO CIRÚRGICA			
<input type="checkbox"/> CICATRIZADA <input type="checkbox"/> PÓS OPERATÓRIO MEDIATO <input type="checkbox"/> ABERTA EXUDATO: <input type="checkbox"/> AUSENTE <input type="checkbox"/> PRESENTE TIPO: _____			
ELIMINAÇÕES DE EFLUENTES			ESTÁ SENDO SUBMETIDO A
CONSISTÊNCIA: <input type="checkbox"/> LÍQUIDA <input type="checkbox"/> PASTOSA <input type="checkbox"/> RESSECADA ASPECTO: <input type="checkbox"/> FISIOLÓGICA <input type="checkbox"/> SANGUINOLENTA			<input type="checkbox"/> QUIMIOTERAPIA <input type="checkbox"/> RADIOTERAPIA
AVALIAÇÃO DA POSSIBILIDADE DE AUTO-CUIDADO		ACAMADO?	
<input type="checkbox"/> APTO <input type="checkbox"/> PARCIALMENTE DEPENDENTE <input type="checkbox"/> TOTALMENTE DEPENDENTE		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
INDICAÇÃO DOS DISPOSITIVOS COLETORES E/OU ADJUVANTES			
ITEM	QUANTIDADE	CÓDIGO SIAD	DESCRIÇÃO / ESPECIFICAÇÃO
01			
02			
03			
04			
JUSTIFICATIVA PARA INDICAÇÃO OU ALTERAÇÃO DO DISPOSITIVO COLETOR E/OU ADJUVANTE			
DATA DA AVALIAÇÃO		ASSINATURA E CARIMBO DO(A) ENFERMEIRO(A) AVALIADOR(A)	
_____ ASSINATURA E CARIMBO DO(A) ENFERMEIRO(A) AVALIADOR(A)			
PARECER TÉCNICO DA COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA DA SES-MG			
<input type="checkbox"/> APROVADO <input type="checkbox"/> NÃO APROVADO		MOTIVO	
DATA		ASSINATURA E CARIMBO DO(A) RESPONSÁVEL TÉCNICO	
		_____ ASSINATURA E CARIMBO DO(A) RESPONSÁVEL TÉCNICO	