

## INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO INDIVIDUAL

FIA/Prontuário: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Raça \_\_\_\_\_ IMC (Peso-Altura) \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Gestações: \_\_\_\_\_  
Partos: \_\_\_\_\_ Abortos: \_\_\_\_\_ IG: \_\_\_\_\_ Glicemia (admissão): \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

Data de Admissão: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Data da Cesárea: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Data da Alta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Motivo da cesárea: \_\_\_\_\_

Comorbidade: HAS ( ) DM ( ) Respiratório ( ) Cardíacos ( ) Tabagismo ( ) Obesidade  
( ) Hepáticos ITU ( ) Renal ( ) Outros ( ) \_\_\_\_\_

Cirurgia: Eletiva ( ) Urgência ( )

Realizou banho pré-operatório?	<b>SIM</b> ( )	<b>NÃO</b> ( )	<b>Não informado</b> ( )
Realizou tricotomia?	<b>SIM</b> ( )	<b>NÃO</b> ( )	<b>Não informado</b> ( )
Se sim, em qual momento	<b>Antes da internação</b> ( )	<b>No Pré-operatório</b> ( )	—
Se sim, qual método utilizou?	<b>Lâmina</b> ( )	<b>Tricotomizador</b> ( )	<b>Outros</b> ( )
Manteve normotermia durante a cirurgia?	<b>SIM</b> ( )	<b>NÃO</b> ( )	<b>Não Avaliado</b> ( ) <b>Antes</b> ( )
Manteve a glicemia durante a cirurgia?	<b>SIM</b> ( )	<b>NÃO</b> ( )	<b>Não Avaliado</b> ( ) <b>Antes</b> ( )
Realizou antibiótico profilático?	<b>SIM</b> ( )	<b>NÃO</b> ( )	—
Se sim, o antibiótico foi realizado, conforme protocolo institucional?	<b>SIM</b> ( )	<b>NÃO</b> ( )	<b>Hora:</b> <b>Dose:</b> <b>Nome:</b>
Tempo de cirurgia:	<b>Horário de início:</b>	<b>Horário de término:</b>	—