

ABORDAGEM AMBULATORIAL DO NUTRICIONISTA EM ANEMIA HEMOLÍTICA

NUTRITIONAL AMBULATORY APPROACH IN HEMOLYTIC ANEMIA

Maria Aparecida Vieira¹
Ilda Nogueira de Lima²
Marina Emiko Ivamoto Petilik³

RESUMO

Descreve a atuação do nutricionista em ambulatório de Hematologia Pediátrica em um hospital escola e relata as condutas dietéticas necessárias na abordagem de crianças com anemia hemolítica com e sem sobrecarga de ferro, e também as atitudes mais frequentes dos familiares em relação à alimentação desses pacientes.

Termos de indexação: anemia hemolítica, nutrição, dietoterapia, nutricionista.

ABSTRACT

The Authors describe the performance of the Dietitian in a Pediatric Hematology Ambulatory. They emphasize the necessary dietetic procedures for adequate management of children with hemolytic anemia, with and without iron overload. Furthermore, they approach the family's attitude towards the patient's nutrition.

Index terms: anemia, hemolytic, nutrition, diet therapy, nutritionist.

INTRODUÇÃO

As anemias hemolíticas constituem um grupo de doenças com maior frequência congênitas, ou adquiridas, e clinicamente variadas. A base fundamental dessas anemias consiste numa redução do tempo de sobrevivência das hemácias. Os aspectos clínicos e laboratoriais dos estados hemolíticos podem ser explicados pelo aumento da destruição dos

eritrócitos e pelos processos desencadeados em resposta a essa alteração. A anemia ocorre quando a medula óssea não consegue compensar o ritmo acelerado dessa destruição (Person, 1978; Halsman, 1991). Além da palidez cutânea-mucosa, podem ocorrer: fraqueza, icterícia, taquicardia, hepato-esplenomegalia e retardo de crescimento (Person, 1978; Course... 1989; Halsman, 1991). Nos casos crônicos, a evolução clínica costuma ser caracterizada por períodos de relativo bem-estar,

⁽¹⁾ Setor Hospitalar da Divisão de Nutrição, Instituto da Criança Prof. Pedro de Alcântara, Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 647, Cerqueira César, 05403-900, São Paulo, SP.

⁽²⁾ Divisão Hospitalar da Divisão de Nutrição do Instituto da Criança Prof. Pedro de Alcântara.

⁽³⁾ Unidade de Onco-hematologia do Instituto da Criança Prof. Pedro de Alcântara.

intercalados por episódios de crises. Estes surtos, na maioria das vezes, são desencadeados por infecção, principalmente das vias respiratórias. Dentre as anemias hemolíticas, destacam-se: doença falciforme, síndrome talassêmica, esferocitose e outros defeitos de membrana, eritroenzimopatias e anemias imunohemolíticas (Halsman, 1991).

Os pacientes com anemia hemolítica tendem a acumular ferro em excesso devido a vários fatores: destruição das hemácias com liberação de ferro e transfusões sanguíneas. O uso de alimentos ricos em ferro ou fórmulas enriquecidas com ferro contribui para o seu excesso no organismo. O ferro acaba lesando órgãos e tecidos, em especial: miocárdio, hepatócito e glândulas endócrinas. Este processo, conhecido por hemossiderose, é uma das grandes causas de morbi-mortalidade em pacientes com anemias hemolíticas. (Cohen & Shuwartz, 1979; Krause & Mahan, 1991). Nas anemias hemolíticas há, também, necessidade aumentada de folatos devido à hiperatividade medular (Course..., 1989; Halsman, 1991), devendo-se suplementar a alimentação com ácido fólico durante o tratamento.

Crianças com anemia hemolítica podem apresentar um comprometimento pondo-estatural que pode estar relacionado a uma deficiência energética, ou a má absorção de nutrientes, ou a deficiência de zinco e de outros micronutrientes (Whiteen, 1961; Daeschner *et al.*, 1981; Phebus *et al.*, 1984; Heyman *et al.*, 1985; Reed *et al.*, 1987). Os fatores que podem contribuir para a deficiência dos macro e micronutrientes são a baixa ingestão alimentar devido a própria doença, a hospitalização freqüente e o nível socioeconômico. O estado emocional do responsável e/ou da família também pode contribuir para uma ingestão alimentar inadequada, por priorizar ou restringir alimentos e preparações, ou pela falta de disciplina alimentar ao oferecer alimentos e guloseimas nos intervalos das refeições. A condição sócio-cultural familiar ou o desconhecimento sobre a alimentação adequada podem levar a monotonia alimentar devido à falta de disponibilidade, ou de variação de alimentos e de preparações, comprometendo à dieta em sua composição, aparência e sabor.

No atendimento da criança e do adolescente com anemia hemolítica na Unidade de Hematologia do Instituto da Criança Prof. Pedro de Alcântara do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, constatou-se no

levantamento de dados, através da entrevista inicial feita pelo nutricionista, que esses pacientes e seus responsáveis não são encaminhados com orientação dietoterápica adequada de outros recursos de saúde, mesmo quando a doença já está devidamente diagnosticada. Além disso, os pacientes ou responsáveis consideram que as anemias são sempre carenciais, continuando a consumir alimentos ricos e preparações ricas em ferro.

Diante da necessidade e importância de uma atenção adequada a esses pacientes, decidiu-se relatar o atendimento do nutricionista em um ambulatório de Hematologia Pediátrica de um hospital-escola, descrevendo as condutas dietoterápicas quanto a essa doença, a fim de que orientações inadequadas não venham a agravar o estado de saúde dessa clientela.

Atendimento da Unidade de Hematologia

A Unidade de Hematologia do Instituto da Criança atende crianças e adolescentes com doenças não-oncológicas de sangue e dos órgãos hematopoéticos, havendo 261 casos matriculados de anemia hemolítica com prevalência de 71% de anemia falciforme. O objetivo da Unidade é prestar assistência global a todos os pacientes (Conceição *et al.*, 1974).

O atendimento é realizado por equipe multiprofissional, composta por médico, enfermeiro, assistente social, psicólogo e nutricionista. Consultas e entrevistas ocorrem individualmente e em grupos (pais e crianças). São realizadas, ainda, reuniões com esses profissionais para discussão e preparo dos casos, o que facilita a atuação, por propiciar melhor visualização da problemática e do tratamento global. Os atendimentos são registrados no prontuário do paciente pelos profissionais da equipe.

Abordagem nutricional

O nutricionista objetiva prestar atendimento individual, nas consultas iniciais e de seguimentos, aos pacientes e/ou responsáveis, efetuando levantamento de dados, diagnósticos, prescrição dietética e orientação nutricional.

O atendimento visa prevenir problemas nutricionais ou tratar os casos de desnutrição já instalada. Assim, a atuação do nutricionista, além de considerar dados específicos de sua área, está vinculada

à avaliação bioquímica e a evolução ponderal-estatural do paciente, e relacionada ao diagnóstico médico e das demais áreas profissionais.

São medidas em todas as consultas, o peso e a estatura, avaliados segundo padrão de Marcondes (Marcondes, 1982). Na situação de comprometimento ponderal-estatural, mede-se ainda a prega tricipital e circunferência do braço, para melhor acompanhar a evolução do estado nutricional da criança e do adolescente.

O levantamento alimentar ou história alimentar tem por meta coletar dados e informações que permitam conhecer a situação alimentar do paciente e da família. Com esses dados é possível também detectar dificuldades no seguimento do plano de assistência elaborado pelo nutricionista (Cavalcanti, 1976). São considerados na história alimentar do paciente: apetite segundo a mãe ou o responsável pelo cliente, problemas gastrintestinais (disfagia, náuseas, vômitos, diarreia, obstipação e outros), dificuldades de sucção, úlceras orais, hábito alimentar, preferências e recusas alimentares.

O conhecimento da composição da alimentação do paciente é um dos tópicos mais importantes na consulta do nutricionista. Utiliza-se para esse fim o método do dia alimentar habitual ou o recordatório de ingestão alimentar de 24 horas (Flores et al., 1973).

Quando o paciente apresenta bom estado nutricional, é aplicado o método do dia alimentar, que permite avaliar se a alimentação está adequada quanto à oferta, frequência habitual dos alimentos e se há disciplina alimentar. O dia alimentar habitual refere-se ao relato do que a criança ingere habitualmente levantando: número e tipo de refeições (desjejum, almoço, jantar e lanches), alimentos e preparações que constam em cada refeição, frequência de consumo e de ingestão de alimentos e guloseimas fora das refeições. Essa forma de avaliação é mais rápida e fornece uma boa estimativa da qualidade da alimentação consumida.

No caso de criança comprometida nutricionalmente, é aplicado o recordatório alimentar de 24 horas, sendo investigados: horário e tipo de refeição, a quantidade dos alimentos e preparações aceitas pelo cliente em medidas caseiras (Anexo 1). É levantado na ocasião se a ingestão referida representa, ou não, a habitual. Esse levantamento demanda maior tempo e requer maior treinamento do entrevistador. A confiabilidade nos dados informados pode ser avaliada pelo

profissional no decorrer das entrevistas e na evolução clínica e nutricional do paciente, sendo maior, quando se estabelece o vínculo entre o informante e o profissional, pois, a partir daí, o entrevistado fica menos tenso, lembrando melhor das quantidades dos alimentos ou, até mesmo deixa de subestimar ou superestimar as porções (Krause & Mahan, 1991).

No que concerne à alimentação da família, procura-se diagnosticar seu hábito alimentar, a disponibilidade de alimentos (o tipo, a frequência de compra/doação e a duração do estoque até o consumo), e as condições e os comportamentos em relação à conservação, armazenamento, higiene e preparo dos alimentos. Esses dados não são coletados em uma única consulta: priorizam-se as informações conforme a necessidade de cada caso, evidenciados nos diversos diagnósticos da equipe multiprofissional e do nutricionista (Takahashi & Lima, 1983). O atendimento inicial do nutricionista é registrado no Prontuário Básico de Admissão-Nutrição (Anexo 2), e compreende levantamento de dados, diagnósticos, condutas e elaboração do plano de atendimento de nutrição. Nos atendimentos subsequentes, utiliza-se a folha de evolução clínica específica da Unidade (Anexo 3).

Quando a criança ou adolescente apresenta anemia hemolítica sem sobrecarga de ferro (grifo nosso), indica-se a alimentação adequada para promover seu crescimento e desenvolvimento, ou seja, alimentação normal, adequada à idade. Como a maioria dos pais considera que alimentos ricos em ferro são sempre benéficos, faz-se necessário explicar-lhes as características peculiares desse tipo de anemia, evitando possíveis excessos.

A conduta, na situação de sobrecarga de ferro (grifo nosso), além de eventual prescrição médica de quelante, como a desferoxamina (Cohen & Schuwartz, 1979), é de exclusão dos alimentos mais ricos em ferro e aumento da oferta de folatos. A conduta adotada com esses pacientes é:

1. Proibir a oferta de fígado, miúdos e fórmulas enriquecidas com ferro. As carnes devem ser oferecidas, pois são necessárias ao crescimento e ao desenvolvimento. Deve ser, entretanto, adequada a sua quantidade quando o consumo é muito alto.

2. Esclarecer que deve ser evitada a ingestão de alimentos ricos em vitamina C durante as refeições devido a sua ação facilitadora na absorção do ferro não heme (Rossander *et al.*, 1979; Taboada, 1983; Krause & Mahan, 1991).

3. Estimular a ingestão de leite, preparações lácteas, chá mate ou chá preto às refeições, que atuam de modo inverso na vitamina C (Alarcon *et al.*, 1979; Rossander *et al.*, 1979; Taboada, 1983; Krause & Mahan, 1991).

4. Estimular a oferta de alimentos ricos em folatos, de preferência crus, já que essa vitamina é termo-lábil.

Atitudes freqüentes dos familiares nos atendimentos

Na consulta inicial dos pacientes e de seus responsáveis na Unidade de Hematologia do Instituto da Criança, verifica-se o alto consumo de alimentos ricos em ferro, mesmo daqueles que chegam com o diagnóstico já efetuado em outros serviços de saúde. Isso ocorre, provavelmente, tanto devido à falta de orientações recebidas nos recursos de saúde como pela idéia pré-concebida que a clientela tem da denominação da doença “anemia” e que pode confundir os responsáveis. Verificaram-se 14 pacientes novos atendidos de agosto a novembro de 1991, com diagnóstico de anemia hemolítica, dos quais, 11 com anemia falciforme, 1 com hemoglobinopatia tipo C e 2 a esclarecer. Onze dos pacientes dos 14 pacientes ingeriram no dia anterior, fígado, feijão e hortaliças ricas em ferro e receberam suco de laranja no almoço e no jantar e 10 desses incluíram em sua alimentação a beterraba “por causa da anemia”.

CONCLUSÃO

De modo geral, no atendimento de paciente com anemia hemolítica, verificou-se em nosso Serviço, alguns tabus e crenças alimentares, em relação a doença, tais como, a oferta de fígado ou hortaliças batidos em forma de suco; de beterraba acrescida, ou não, de cenoura ou laranja; de ovo de pata ou de galinha cru. Os familiares relacionam esses alimentos com o sangue: “a beterraba e o sangue são vermelhos”, “beterraba engrossa o sangue” ou ainda, “ovo de pata é forte e a criança está fraca pela anemia”.

Da conduta na Unidade de Hematologia, nos casos que necessitam de dieta pobre em ferro, faz parte da orientação para ingestão, concomitante ao almoço e jantar, de alimentos que não favoreçam a absorção do ferro, como leite, chá mate ou chá preto.

No decorrer do tratamento, entretanto, quando o paciente precisa receber essa dieta, é comum a recusa desses alimentos no almoço e jantar. Nesses casos, o nutricionista enfrenta duas situações: ansiedade dos responsáveis que pensam saber qual é a melhor alimentação para o seu filho e a resistência em mudar o comportamento alimentar que interpretam como adequado para o tratamento da “anemia” como, por exemplo, a troca do suco de frutas durante essas refeições, por chá ou leite.

O trabalho do nutricionista é realizado sempre em conjunto com os demais componentes da equipe, cuja abordagem é de esclarecimento dos diversos tipos de anemia, destacando-se a diferença entre a anemia carencial e a hemolítica, visando melhorar o atendimento destas crianças. A educação alimentar é fundamental na assistência ao paciente, sendo sempre enfatizada a importância da alimentação adequada a idade e a doença.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALARCON, P.A., DONOVAN, M., FORGES, G.B., LANDAW, S.A., STOCKMAN, J.A. Iron absorption in the thalassemia syndromes and its inhibition by tea. *The New England Journal of Medicine*, Boston, v.300, n.1, p.5-8, 1979.
- CAVALCANTI, M.L.F. A entrevista alimentar como método educativo na orientação dietoterápica de pacientes externos. *Revista Paulista de Hospitais*, São Paulo, v.24, n.11, p.516-525, 1976.
- COHEN, A., SCHUWARTZ, E. Iron chelation therapy in sickle cell anemia. *American Journal of Hematology*, New York, v.7, n.1, p.69-76, 1979.
- CONCEIÇÃO, J.A.N., COELHO, H.S., HAYASHI, A., SANTOS, M.J.S.F., ANDERSON, M.C., DIAS, M.P.H., LIMA, I.N., GAIT, N., COLLI, A.G., YUNES, J. Modelo para o atendimento global à criança em um hospital-escola. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.19, n.8, p.341-357, 1974.
- COURSE manual the sickle cell educator/conselor training program. [s.n. : s.l.], 1989. A project of the State of California Department of Health Services at Children's Hospital Oakland. September. 1989
- DAESCHNER, C.W., MATUSTIK, C., CARPENTIERI, V., HAGGARD, M. Zinc and growth in patients with sickle disease. *Journal of Pediatrics*, St. Louis, v.98, n.5, p.778-780, 1981.

- FLORES, M., MENCHÚ, M.T., GUZMÁN, M.A. Evolución dietética de familias y preescolares mediante la aplicación de diferentes métodos y técnicas - área rural de Nicaragua. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, Caracas, v.23, n.3, p.325-344, 1973.
- HALSMAN, M. Anemias hemolíticas em geral. In: MARCONDES, E. (Coord.). *Pediatría básica*. 8.ed. São Paulo : Sarvier, 1991. p.1332-1335.
- HEYMAN, M.B., KATZ, R., HURST, D., CHIU, D., AMMANN, A.J., VICHINSKY, E., GAFFIELD, B., CASTILLO, R., KLEMAN, K., THALER, M.M., LUBIN, B. Growth retardation in sickle-cell disease treated by nutritional support. *Lancet*, London, v.20, n.8434, p.903-906, 1985.
- KRAUSE, M.V., MAHAN, L.K. Cuidado nutricional em anemias. In: KRAUSE, M.V, MAHAN, L.K. *Alimentos, nutrição e dietoterapia*. 7.ed. São Paulo : Roca. 1991. p.593.
- KRAUSE, M.V., MAHAN, L.K. Estado nutricional do indivíduo. In: KRAUSE, M.V, MAHAN, L.K. *Alimentos, nutrição e dietoterapia*. 7.ed. São Paulo : Roca. 1991. p.194.
- MARCONDES, E. Normas para o diagnóstico e a classificação dos distúrbios do crescimento e da nutrição: última versão. *Pediatría* (São Paulo), São Paulo, n.4, p.307-326, 1982.
- PERSON, H.A. Síndromes falciformes e outras hemoglobinopatias. In: MILLES, D.R., PERSON, H.A., BAEHNER, R.L., McMILLAN, C.W. *Hematologia pediátrica*. 4. ed. Rio de Janeiro : Guanabara, 1978. p.376-397.
- PHEBUS, C.K., GLONINGER, M.F., MACIAK, B.J. Growth patterns by age and sex of children with cell disease. *Journal of Pediatrics*, St. Louis, v.105, n.1, p.28-33, 1984.
- REED, J.D., REDDIN-LALLGER, R., ORRINGER, E.P. Nutrition and sickle cell disease. *American Journal of Hematology*, New York, v.24, n.4, p.441-55, 1987.
- ROSSANDER, L., HALBERG, L., BJORN-ROSMUSSEN, E. Absorption of iron breakfast meals. *American Journal of Clinical Nutrition*, Bethesda, v.3, n.12, p.2484-2489, 1979.
- TABOADA, H. Rol del hierro en la nutrición infantil. *Revista Chilena Pediatría*, Santiago, v.54, n.1, p.47-57, 1983.
- TAKAHASHI, C., LIMA, I.N. Abordagem ambulatorial do nutricionista em hospital-escola pediátrico. *Alimentação & Nutrição*, São Paulo, v.4, n.13, p.50-52, 1983.
- WHITTEN, C.F. Growth status of children with sickle-cell anemia. *American Journal of Diseases of Children*, Chicago, v.102, n.3, p.355-364, 1961.

Recebido para publicação em 21 de julho de 1997 e aceito em 12 de junho de 1998.

ANEXO 2

AVALIAÇÕES NUTRICIONAIS

ESTADO NUTRICIONAL

| Dados Antropométricos | Diagnósticos | | Diagnósticos |
|-----------------------|------------------|---------------------|--------------|
| Peso: g | p ^p | area muscular braço | PAM |
| Estatura: cm | p ^E | area gordura | PAG |
| PCT: mm | p ^{pct} | | |
| CB: cm | p ^{pCb} | | |

COMPOSIÇÃO ALIMENTAR

MACRO ELEMENTOS

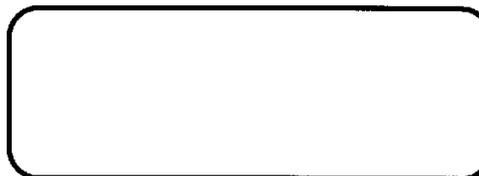
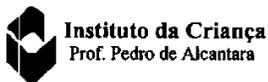
| Item | Quant. | %RDA | Item | Quant. | %RDA | Item | Quant. | %RDA | Item | Quant. | %RDA |
|-------|--------|------|------|--------|------|------|--------|------|------|--------|------|
| Cal: | Cal | | | | | | | | | | |
| Prot: | (g) | | | | | | | | | | |
| HC: | (g) | | | | | | | | | | |
| Gord: | (g) | | | | | | | | | | |

MICRO ELEMENTOS

| Item | Quant. | %RDA | Item | Quant. | %RDA | Item | Quant. | %RDA | Item | Quant. | %RDA |
|--------|--------|------|------|--------|------|--------------------|--------|------|------|--------|------|
| Cálcio | | | | | | Vit A | | | | | |
| Ferro | | | | | | Vit C | | | | | |
| Zinco | | | | | | Vit B ₁ | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |

ANEXO 3

HOSPITAL DAS CLÍNICAS
DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP



PRONTUÁRIO - BÁSICO DE ADMISSÃO - NUTRIÇÃO

| DIAGNÓSTICOS | | CONDUTAS |
|--|--|--|
| <p>1. ANTROPOMETRIA: p^g p^f</p> <p>2. DIETA: <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> I</p> <p>. PADRÃO <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> I</p> <p>. COMPOSIÇÃO <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> I</p> <p>3. SUPORTE FAMILIAR: <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> I</p> <p>. DISPONIBILIDADE (PTOS) <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> M</p> <p>. AQUISIÇÃO <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> I</p> <p>. ARMAZENAMENTO <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> I</p> <p>. CONSERVAÇÃO <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> I</p> <p>. HÁBITO ALIMENTAR <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> I</p> <p>4. NÍVEL DE ASSISTÊNCIA: <input type="checkbox"/> 1ário <input type="checkbox"/> 2ário <input type="checkbox"/> 3ário</p> <p>5. INFORMANTE:</p> <p>6. OUTROS:</p> | | <p>VARIÇÃO <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> I</p> <p>ADMINISTRAÇÃO <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> I</p> <p>DISCIPLINA <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> I</p> <p>PREPARO <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> I</p> <p>HIGIENE <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> I</p> <p>DATA NUTRICIONISTA-CRN</p> |

DADOS DO CLIENTE:

| DIA/RECORDATÓRIO ALIMENTAR (HABITUAL S <input type="checkbox"/> N) <input type="checkbox"/> | |
|--|--|
| <p>PESO: ESTATURA:</p> <p>PCT: CB:</p> <p>HÁBITO INTESTINAL:</p> <p>NAÚSEAS: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N</p> <p>VÔMITOS: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N</p> <p>ALEITAMENTO:</p> <p>APETITE: <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> M</p> <p>PREFERÊNCIAS:</p> <p>RESTRIÇÕES:</p> <p>CONSISTÊNCIA:</p> <p>ADMINISTRAÇÃO:</p> <p>UTENSÍLIOS:</p> | |

LEGENDA: A = ADEQUADO I = INADEQUADO S = SIM N = NÃO B = BOM (BOA) R = REGULAR M = MAU (MÁ)

ANEXO 2

DADOS DA ALIMENTAÇÃO DA FAMÍLIA:

| RESPONS. PREPARO: | | | | DECISÃO AQUISIÇÃO: | |
|--------------------------------------|--|--|--------------|--|-----------|
| AQUISIÇÃO DE GÊNEROS: | LOCAIS | FORMAS PAGAM. | GASTO | FREQUÊNCIA | GASTO/MÊS |
| | | | | | |
| OBSERVAÇÕES | | | | TOTAL: Nº COMENSAIS GASTO/PESSOA | |
| DISPONIBILIDADE DE ALIMENTOS: | | | | | |
| TIPO | QUANTIDADE/FREQUÊNCIA | | TOTAL/SEMANA | MÉDIA PESSOA/DIA | PONTOS |
| LEITE E DERIVADOS | | | | | |
| CARNES | VACA: FRANGO: LINGÜIÇA: SALSICHA: PEIXE: | VÍSCERAS: PORCO: PRESUNTO: MORTADELA: | | | |
| OVOS | | | | | |
| HORTALIÇAS | | | | | |
| FRUTAS | | | | | |
| HORTA/ANIMAIS PARA ALIMENTAÇÃO: | | | | TOTAL: CLASSIFICAÇÃO: | |
| ITEM | CONDIÇÕES | COMPORTAMENTOS | | | |
| PREPARO: | | | | | |
| HIGIENE: | | | | | |
| CONSERVAÇÃO: | | | | | |
| ARMAZENAMENTO: | | | | | |
| ALIMENTAÇÃO HABITUAL | | | | | |
| DESJEJUM: | | | | OBSERVAÇÕES: | |
| ALMOÇO: | | | | | |
| LANCHE: | | | | | |
| JANTAR: | | | | | |
| LANCHE: | | | | | |

ANEXO 3

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA F.M.U.S.P.
INSTITUTO DA CRIANÇA
AMBULATORIO

UNIDADE DE ONCO-HEMATOLOGIA
EVOLUÇÃO

IDENTIFICAÇÃO

Nome:

Registro:

Data:

DADOS CLÍNICOS

Protocolo:

Semana de tratamento:

Fase:

EXAME FÍSICO

peso _____ estatura _____ s.corp. _____ temp _____ PC _____

PT _____ PAbd _____ FR _____ FP _____ FC _____ PA _____

- 1. Estado Geral
- 2. Pele
- 3. Mucosas
- 4. Gânglios
- 5. Olhos
- 6. Fundo de Olho
- 7. Ouvidos
- 8. Otoscopia
- 9. Orofaringe

- 10. Pulmões
- 11. Coração
- 12. Fígado
- 13. Baço
- 14. Genitais
- 15. Membros
- 16. Sin. Mening.
- 17. Refl. Neurol.

ESPECIFICAÇÃO

normal anormal não examinado

DADOS LABORATORIAIS

Hb g/dl Htc %

Gb mm³

Neutr. % Blastos %

Obs. _____

Outros _____

Leucoc mm³

Blastos %

Prot. mg %

Glicose mg %

Obs. _____

HEMOGRAMA

MEDULA

Diagnóstico

Conduta (ou Orientação Terapêutica)

Retorno:

médico

ANEXO 3

Observações sobre a medicação

EVOLUÇÃO, DIAGNÓSTICO, CONDUTA

SERV. SOCIAL

a. social

ENFERMAGEM

confirmação