

Identificação do Risco Nutricional em idade pediátrica em internados



Data de **nascimento**: __/__/____ Data de internamento: __/__/____ Data de alta: __/__/____

NºProcesso: _____: Sexo: F M Motivo de Internamento: _____

Doença anterior: Sim Não (Se sim), Qual? _____

1 – Avaliação Antropométrica

Admissão	Data: _____	Data: _____
Comp/Altura: _____ cm	Comp/Altura: _____ cm	Comp/Altura: _____ cm
Peso: _____ Kg; com tala? <input type="checkbox"/>	Peso: _____ Kg; com tala? <input type="checkbox"/>	Peso: _____ Kg; com tala? <input type="checkbox"/>
Perímetro Braquial: _____ cm	Perímetro Braquial: _____ cm	Perímetro Braquial: _____ cm

2 – Avaliação do Risco (Adaptado do STRONGkids®)

QUESTÃO	Não	Sim	Admissão ____/____/____		
Existe alguma patologia subjacente que contribua para o risco de desnutrição ou é esperada alguma cirurgia maior?	0 pontos	2 pontos			
O doente apresenta um estado nutricional deficitário, quando avaliado de uma forma subjetiva?	0 pontos	1 ponto			
Estão presentes alguns dos seguintes itens: <ul style="list-style-type: none"> o Diarreia (≥ 5 vezes/dia) e/ou vómitos (>3 vezes/dia) o Redução da ingestão alimentar nos últimos dias o Intervenção nutricional prévia o Ingestão insuficiente devido a dor 	0 pontos	1 ponto			
Ocorreu perda de peso ou ausência de ganho de peso (crianças <1 ano) durante as últimas semanas/meses?	0 pontos	1 ponto			
SCORE TOTAL (Soma de todas as pontuações)					
Risco Atribuído (Baixo, Moderado ou Grave)					

Lista de doenças que contribuem para o Risco de Desnutrição		
Perturbação do Comportamento Alimentar	Doença metabólica	Doença Hepática Crónica
Queimaduras	Trauma	Doença Renal Crónica
Displasia broncopulmonar (idade até 2 anos)	Deficiência Mental	Síndrome do Intestino Curto
Doença Celíaca ativa	Doença Cardíaca Crónica	Cirurgia Eletiva Major
Fibrose Quística	Doença Infeciosa grave	Outra não específica (classificada pelo médico)
Prematuridade (até idade corrigida 6 meses)	Doença Inflamatória Intestinal	Miopatias /Doenças musculares
Pancreatite	Doença oncológica	

SCORE TOTAL	RISCO ATRIBUÍDO
0 pontos	Baixo
1 a 3 pontos	Moderado
4 a 5 pontos	Elevado

(Ver atrás Fluxograma)

Tempo de Internamento: _____

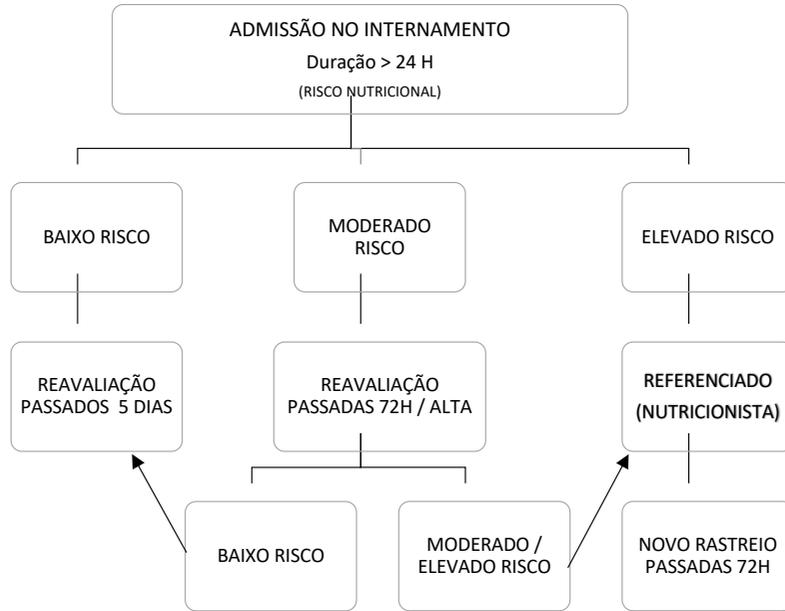


Figura 1 – Fluxograma da avaliação do risco nutricional e respetivo encaminhamento.

 __/__/__	__/__/__	__/__/__
<u>Avaliação Antropométrica</u> Comp/Altura: ____ cm Peso: ____ Kg; com tala? <input type="checkbox"/> Perímetro Braquial: _____ cm <u>Avaliação do Risco- STRONGkids</u>	<u>Avaliação Antropométrica</u> Comp/Altura: ____ cm Peso: ____ Kg; com tala? <input type="checkbox"/> Perímetro Braquial: _____ cm <u>Avaliação do Risco- STRONGkids</u>	<u>Avaliação Antropométrica</u> Comp/Altura: ____ cm Peso: ____ Kg; com tala? <input type="checkbox"/> Perímetro Braquial: _____ cm <u>Avaliação do Risco- STRONGkids</u>
__/__/__	__/__/__	__/__/__
<u>Avaliação Antropométrica</u> Comp/Altura: ____ cm Peso: ____ Kg; com tala? <input type="checkbox"/> Perímetro Braquial: _____ cm <u>Avaliação do Risco- STRONGkids</u>	<u>Avaliação Antropométrica</u> Comp/Altura: ____ cm Peso: ____ Kg; com tala? <input type="checkbox"/> Perímetro Braquial: _____ cm <u>Avaliação do Risco- STRONGkids</u>	<u>Avaliação Antropométrica</u> Comp/Altura: ____ cm Peso: ____ Kg; com tala? <input type="checkbox"/> Perímetro Braquial: _____ cm <u>Avaliação do Risco- STRONGkids</u>

Agradecemos o vosso contributo neste trabalho que irá contribuir significativamente para o Serviço e, sobretudo, para as nossas Crianças e Adolescentes!

Luís, Mariana, Gisela, Joaquina, Alexandra e Joana



Consentimento

A prevalência de desnutrição em idade pediátrica em contexto hospitalar é elevada, apresentando um impacto negativo na saúde do doente.

O presente estudo pretende avaliar a prevalência de desnutrição e o risco nutricional nas crianças internadas no Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar Tondela-Viseu (CHTV). Permite rastrear precocemente estados de malnutrição e estabelecer um plano nutricional eficaz e individualizado, com vista à manutenção e/ou recuperação do estado nutricional durante a permanência hospitalar.

Todos os dados serão recolhidos anonimamente e utilizados apenas para estudo estatístico.

A sua participação é importante. Obrigada pela colaboração!

- Autorizo a utilização dos dados para a participação neste estudo
- Não autorizo a utilização dos dados para a participação neste estudo

(Mãe / Pai / Tutor legal/ Adolescente)

Agradecemos o seu contributo neste trabalho que irá contribuir significativamente para o **Serviço** e, sobretudo, para as nossas **Crianças e Adolescentes!**