

# Questionário para Enfermeiros para Todos os Pacientes com Diabetes que Injetam Medicamentos para Diabetes

## Formulário de Enfermeiro em Diabetes/Educador – Complete 1 formulário por paciente –

Código:

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
*Código telefônico do país*      *Número do Centro*      *Número do Paciente (em sequência de 1-25)*

- Qual o tipo de diabetes que o paciente tem?  
 Tipo 1  
 Tipo 2  
 Gestacional
- Insulina (s) utilizada (s) pelo paciente (assinale todas as respostas relevantes):  
 Humana de ação rápida (R ou Regular)  
 Análogo de ação rápida  
 NPH  
 Análogo de ação lenta (Levemir [detemir] ou Lantus [glargina])  
 Pré-mistura humana ou análogo
- Dose total diária de cada insulina utilizada (adicione todas as unidades dadas atualmente em um dia de cada tipo de insulina e anote no campo adequado)  
 Humana de ação rápida \_\_\_\_\_ (total/dia)  
 Análogo de ação rápida \_\_\_\_\_ (total/dia)  
 NPH \_\_\_\_\_ (total/dia)  
 Análogo de ação lenta \_\_\_\_\_ (total/dia)  
 Pré-mistura humana ou análogo \_\_\_\_\_ (total/dia)
- Dose total diária (some todas as citadas anteriormente) \_\_\_\_\_ (total/dia)
- Classifique o (s) local (is) de injeção utilizado (s) pelo paciente de 1 a 4 de acordo com a frequência de utilização: 1º mais frequente = 1 ; 2º mais frequente = 2, etc.?  
\_\_\_\_ Abdômen  
\_\_\_\_ Coxas  
\_\_\_\_ Nádegas  
\_\_\_\_ Braços
- Depois de examinar o paciente, por favor, dê sua avaliação da **aparência** dos locais de injeção (assinale conforme apropriado):

	Normal	Presença de Lipohipertrofia	Presença de Lipoatrofia	Inflamado / vermelho ou Inchado
Abdômen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coxas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nádegas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Braços	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Após **palpação**, por favor, dê sua avaliação dos locais de injeção e meça o diâmetro de qualquer anormalidade **em mm**:

	Normal	Presença de Lipohipertrofia? Se sim, especifique o tamanho (mm)	Presença de Lipoatrofia? Se sim, especifique o tamanho (mm)
Abdômen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coxas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nádegas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Braço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Revisando as questões 6 e 7 acima, você encontrou lipohipertrofia visualmente e/ou por palpação em algum local neste paciente?

- Sim
- Não

9. Caso o paciente tenha lipohipertrofia, ele (a) injeta diretamente nela?

- Sim
- Não

10. Caso positivo, com que frequência?

- Todas as injeções
- Frequentemente (diariamente)
- Ocasionalmente (semanalmente)
- Raramente (mensalmente)

11. O paciente faz rodízio entre os locais de injeção a cada aplicação?

- Sim
- Não

12. Por gentileza peça ao paciente para lhe mostrar como ele (a) realiza o rodízio.

Baseado nisso, o paciente pratica o rodízio **correto de local de injeção**? (sempre injetando pelo menos 1 cm de distância da aplicação anterior)?

- Sim
- Não

13. Através de uma injeção simulada, peça ao paciente para lhe mostrar como ele se injeta. O paciente realiza prega subcutânea para injeção?

- Sim
- Não

14. Caso positivo, como o(a) paciente realiza a prega?

- Com 1 ou 2 dedos mais o polegar
- Com a mão inteira

15. Quando a prega subcutânea é solta?
- Depois que a agulha penetrou na pele
  - Depois que a insulina foi totalmente injetada
  - Depois que a insulina foi injetada e a agulha foi removida da pele
16. Qual foi o ângulo aproximado de entrada da agulha utilizada pelo paciente?
- 45°
  - 90°
17. O paciente utiliza sua agulha mais de uma vez?
- Sim
  - Não
18. Se sim, quantas vezes ele (a) utiliza uma única agulha?
- 2 vezes
  - 3 a 5 vezes
  - 6 a 10 vezes
  - Mais de 10 vezes
19. Confira a agulha do paciente. Qual o atual comprimento de agulha, em \_\_\_\_\_ mm, e calibre \_\_\_\_\_ G.
20. Por que este comprimento de agulha foi escolhido para este paciente (assinale todas alternativas apropriadas)?
- Requisitado pelo paciente
  - Apropriado para o(s) local(is) de injeção
  - Prática padronizada em nossa clínica
  - Melhor conforto do paciente e aplicação menos dolorosa
  - Redução do risco de injeção intramuscular (IM)
21. Qual foi o valor mais recente de HbA1c do paciente \_\_\_\_\_ %
22. A partir de sua observação dos valores de glicemia do paciente, ele (a) se qualificaria como tendo **'hipoglicemia frequente inexplicável'**\*?
- Sim
  - Não

\* 'Hipoglicemia' é definida como a ocorrência de  $\geq 1$  sintomas de baixa glicemia (ex.: palpitações, cansaço, suor, apetite elevado, tontura, tremor) e uma confirmada medição de glicemia entre  $\leq 60$  mg/dL. 'Hipoglicemia frequente inexplicável' é definida como a hipoglicemia que ocorre uma ou mais vezes por semana na ausência de um evento precipitante definido, como uma mudança na medicação, dieta ou atividade.

23. A partir da sua observação do nível de glicemia do paciente, ele (a) se classificaria como tendo 'variabilidade glicêmica'\*\*?

- Sim
- Não

\*\*'Variabilidade Glicêmica' é a presença de oscilações na glicose sanguínea de menos de 60 mg/dL para mais de 250 mg/dL pelo menos 3 vezes por semana de uma maneira imprevisível e inexplicável e a evidência deste padrão por, no mínimo, 6 meses anteriores.

### Complete esta seção apenas uma vez por educador:

24. Indique sua profissão:

- Enfermeiro Generalista
- Enfermeiro em Diabetes
- Educador em Diabetes
- Médico (Generalista)
- Médico (Especialista)

25. Você está ciente tanto das recomendações locais ou internacionais para técnicas de injeção em diabetes?

- Sim
- Não

*Se sim, responda as próximas questões*

26. Por gentileza, classifique a significância que as Recomendações estão tendo na sua prática.

(1 = Nenhuma significância; 5 =Extrema significância)

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27. Você alterou suas práticas clínicas desde a publicação das Recomendações?

- Sim
- Não

**28.** Se sim, qual campo da prática você alterou? (Assinale todas as alternativas que se aplicam)

- Cuidado psicológico de pacientes que injetam medicamentos para o diabetes
- Educação terapêutica em técnicas de injeção
- Cuidados com o local de injeção
- Armazenamento e suspensão de insulín NPH
- Processo de injeção
- O uso apropriado de canetas
- O uso apropriado de seringas
- Taxas de absorção de diferentes tipos de insulinas
- Comprimento de agulhas para crianças e adolescentes
- Pregas subcutâneas
- Lipohipertrofia
- Rodízio de locais de injeção
- Sangramentos e lesões nos locais de injeção
- Injeções durante a gravidez
- Agulhas de segurança
- Descarte de material de injeção

**Obrigado pela atenção**