

FCECON	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP	Página: 1 de 2
ÁREA EMITENTE: SERVIÇO DE RADIOTERAPIA		
ASSUNTO: AVALIAÇÃO DE RADIODERMITES		
1. Objetivo Orientar correto tratamento das radiodermites, prevenindo complicações e minimizando os efeitos colaterais inevitáveis relacionados à pele.		
2. Considerações Gerais O paciente pode vir encaminhado pelo técnico em radioterapia, médico ou livre demanda.		
Responsável Enfermeiro ou médico	3. Procedimento 3.1 Receber cliente; 3.2 Ouvir queixa do cliente; 3.3 Solicitar que o mesmo exponha a área com a radiodermite para que possa ser avaliada; 3.4 Se necessário, calçar luvas de procedimento para avaliar radiodermite, retirando-as em seguida e higienizando as mãos; 3.5 Solicitar cartão do paciente e preencher Formulário de Avaliação de Radiodermite (Anexo I); 3.6 Verificar qual produto será mais efetivo para o cliente e fornecer orientações acerca do modo e periodicidade de uso, de acordo com protocolo do Setor de Radioterapia; 3.7 Caso os produtos que sejam indicados estejam disponíveis, disponibilizar para o paciente; 3.8 Agendar reavaliação, quando couber; 3.9 Solicitar avaliação médica, se necessário; 3.10 Certificar-se que o paciente compreendeu as orientações; 3.11 Liberar paciente.	
Sigla RT – AR/04	Página 3 de 3	

FCECON	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			Página: 1 de 2
Código RT – AR/05	Data Emissão JANEIRO/2023	Data de Vigência 2023/2025	Próxima Revisão JANEIRO/2025	Revisão 02

ÁREA EMITENTE: SERVIÇO DE RADIOTERAPIA
ASSUNTO: AVALIAÇÃO DE RADIODERMITES

ANEXO I:



FCECON



Fundação Centro de Controle de Oncologia do Estado do Amazonas

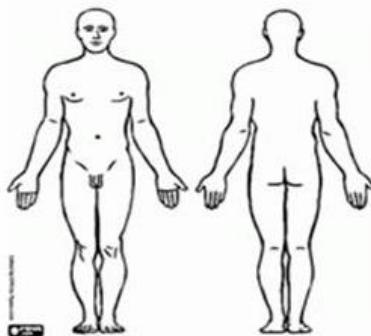
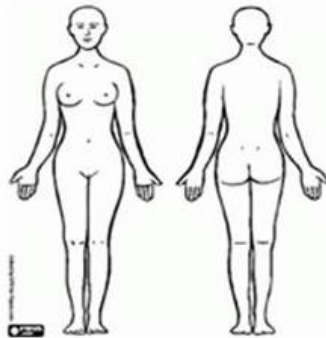
FORMULARIO DE AVALIAÇÃO DE RADIODERMITES

Paciente: _____ Registro: _____

Idade: _____ Sexo: () M () F Cor: _____ Data: ____/____/____

Diagnóstico: _____ Nº de sessões: _____

Area irradiada:



Classificação das Radiodermites

Grau	Característica
0	Sem reação
1	Eritema leve, epilação, descamação seca.
2	Eritema doloroso, descamação umida, edema moderado.
3	Descamação umida, confluyente, edema importante.
4	Ulceração, hemorragia, necrose.

Fonte: Radiation Therapy; Oncolog; Group

Conduta:

Suspensão da radioterapia?

() Sim () Não Dias? _____

Reavaliação: _____

Evolução:

Assinatura do(a) profissional:

Rua Francisco Orellana n° 215 – Planalto – CGC n° 34.570.820/0001-30
 Fone (92) 3655-4000 – Fax (92) 3655-4762 Manaus – Amazonas – Brasil

Fundação Centro de Controle de Oncologia do Amazonas

Procedimento Operacional Padrão- POP

AVALIAÇÃO DE RADIODERMITE

RT – AR/05

Rev:02

Código	Data Emissão	Data de Vigência	Próxima Revisão	Revisão
RT – AR/05	SETEMBRO/2023	2023/2026	SETEMBRO/2026	02

Elaborado por: <i>Ellen Albuquerque</i> <i>Especialista em Oncologia</i> <i>COREN: 347072</i>	Verificado por: <i>Ana Cláudia L. Brasileiro</i> <i>Enfermeira Radioterapia</i> <i>COREN: 80508</i>	Aprovado por: <i>Gláuciane Moreira Neves</i> <i>Presidente da CCJH</i> <i>COREN:98226</i>
--	--	--

Documento exclusivo à Fundação CECON. Proibida reprodução.