ARS algarve
Administração Regional de Saúde do Algarve, I.P.
Ministério da Saúde

Feridas
Grupo Técnico ARS Algarve

Registo de Feridas Crónicas

ACES

UNIDADE

Mês: **Ano:**

Nome	**Nº utente**	Data Nascimento	**Úlcera do membro inferior**										**Ulcera Pressão Cat. I, II, III, IV**	**Pé Diabético**	**Ferida Maligna**	**Onde foi adquirida a ferida**	**Data de inicio da ferida**	**Data de inicio do tratamento**	**Data de alta**	**Causa** Cicatrização - C Amputação - A Morte - M Outro - O	**Observações**
			Arterial	**M**ista	**V**enosa							**N**ão diferenciada									
					Faz terapia compressiva					Recidiva	Vigilância (1º Mês, depois 3 em 3 meses)										
					Sim Data início	**Não.**															
						Porque não tem indicação clinica	Por falta material	Por falta de formação dos profissinais	Por recusa do doente												