

Evolução de enfermagem de visita domiciliar, inclusive de idoso e puerperal

Folha de evolução de enfermagem para a visita domiciliar: a consulta de enfermagem que acontece na casa da pessoa, com o cuidador presente e o ambiente como parte da avaliação. Uma folha por visita, comparada com a anterior.

Pessoa visitada e a visita

Pessoa atendida: nome completo

Data de nascimento	Documento de identidade	Telefone
Data da visita	Hora de chegada e de saída	Tipo de visita
		☐ Primeira visita
		☐ Acompanhamento
		☐ Puerperal
		☐ Após intercorrência

Quem estava na casa, e quem é o cuidador de fato

Motivo desta visita, e quem a pediu

O ambiente, como foi visto hoje

A parte da avaliação que só existe em domicílio. Descrição, com o que mudou desde a visita anterior; a decisão sobre o que fazer com isso vai no plano.

Cômodo em que a pessoa passa o dia e onde dorme	Riscos de queda vistos (escada, tapete, iluminação, banheiro)
Onde os medicamentos ficam e como estão organizados	Alimentação disponível e quem prepara
Rede de apoio: quem ajuda, com que frequência	

Sinais vitais e medidas da visita

Hora	PA	FC	FR	Temperatura	SpO2	Dor (0 a 10)	Quem mediu

Peso, quando medido, e com qual balança

Glicemia capilar, quando medida, com a hora

Outra medida feita hoje

Avaliação de enfermagem e o que mudou desde a última visita

O que a pessoa e o cuidador relatam desde a visita anterior

Exame físico de enfermagem: o que foi avaliado e encontrado

Pele, mobilidade, eliminações e sono, comparados com a visita anterior

Medicamentos em uso conferidos com a prescrição e com o que está na casa

O que mudou para melhor, e o que mudou para pior

Diagnóstico, plano e o que ficou combinado

Diagnósticos de enfermagem mantidos, resolvidos ou novos (referência à folha própria)

Prescrição de enfermagem mantida ou alterada, e o que foi deixado por escrito na casa

O que o cuidador se comprometeu a fazer até a próxima visita

Comunicado a outro profissional, quem, hora e motivo

Próxima visita prevista para

Sinais que a família deve comunicar antes da próxima visita, e para quem

Enfermeiro e assinatura

Enfermeiro que evolui: nome completo

Número no Coren e estado

Evolução anterior, data e hora

Local e data

Hora em que o registro foi fechado

Assinatura e carimbo, com Coren

Exemplos preenchidos

Cenas inventadas, sem dado de pessoa real, escritas do jeito que o registro sai na folha: data e hora, o que foi observado, o que foi feito, o que veio depois e quem assina com o Coren. Produto, dose e via aparecem como "conforme prescrição" de propósito: o exemplo mostra a forma do registro, e o conteúdo clínico de cada linha é da cena, não de quem lê.

Exemplo 1

Visita de acompanhamento de idoso, com a cuidadora presente

20/09/2026, 09h30 às 10h20. Evolução de enfermagem em visita domiciliar de acompanhamento. Pessoa atendida na poltrona da sala, orientada, cuidadora (filha) presente. Ambiente: tapete da sala retirado desde a visita anterior, conforme combinado; barra instalada no banheiro; iluminação do corredor à noite continua fraca, filha diz que trocará a lâmpada esta semana. Medicamentos organizados em caixa semanal preenchida pela filha, conferida com a prescrição médica: sem divergência. Sinais vitais: PA 134x82 sentado, FC 76, FR 16, T 36,3, SpO2 96%. Peso na balança da casa: 61, em 06/09 era 62. Relato: dorme melhor, uma ida ao banheiro por noite, sem queda desde a última visita. Deambula com bengala dentro de casa, marcha mais firme que em 06/09. Pele íntegra. Aceitação alimentar boa, segundo a filha. Diagnósticos de enfermagem mantidos; o de risco de queda revisto na folha própria. Prescrição de enfermagem mantida. Combinado: filha troca a lâmpada e registra na folha da casa. Próxima visita em 04/10. Enfermeira, Coren-UF 000.000.

O que este exemplo mostra: A casa entrou na avaliação, item a item, com o que mudou desde a visita passada. O peso veio com a balança usada, porque a comparação depende disso.

Exemplo 2

Visita puerperal na primeira semana

21/09/2026, 14h00 às 15h10. Evolução de enfermagem em visita domiciliar puerperal, quinto dia após parto vaginal em maternidade, resumo de alta lido. Puérpera no quarto, com o recém-nascido, mãe dela presente como apoio. Refere dor 2 na região perineal ao sentar, sem odor nas eliminações vaginais, que descreve como "mais claras que ontem". Mamas cheias, sem áreas endurecidas, mamilos íntegros; observada uma mamada: pega ampla, deglutição audível, sem dor referida na mamada. Sinais vitais: PA 118x76, FC 80, T 36,6. Recém-nascido: ativo, corado, seis fraldas molhadas nas últimas vinte e quatro horas segundo a mãe, coto umbilical seco, em processo de queda, sem hiperemia ao redor; peso na balança do serviço, registrado na folha do bebê. Ambiente: quarto ventilado, berço ao lado da cama. Relato de choro no fim da tarde, mãe cansada, dorme em blocos curtos. Diagnósticos de enfermagem registrados na folha própria, para a mãe e para o bebê. Orientações sobre amamentação e sobre os sinais a comunicar, dadas e entendidas. Comunicado ao serviço de referência o agendamento da consulta do bebê, conforme o resumo de alta. Próxima visita em 28/09. Enfermeira, Coren-UF 000.000.

O que este exemplo mostra: Mãe e bebê na mesma visita, cada um com os seus dados, e a mamada observada em vez de perguntada. O resumo de alta é a fonte citada.

Exemplo 3

Visita em que o que mudou foi a casa

22/09/2026, 10h00 às 10h45. Evolução de enfermagem em visita domiciliar de acompanhamento. Pessoa atendida acamada, orientada, no quarto. Cuidadora contratada, que começou há três dias, presente; a filha, cuidadora anterior, voltou a trabalhar. Ambiente: cama hospitalar instalada desde 15/09 em substituição à cama baixa, colchão de redistribuição de pressão instalado, conforme combinado na visita anterior. Nova cuidadora conhece a folha de mudanças de posição e a preencheu corretamente nos três dias, conferido. Medicamentos: caixa semanal preenchida pela filha no domingo, cuidadora sabe onde está. Pele: sacro íntegro,

calcâneos íntegros, hiperemia do trocânter direito vista em 08/09 resolvida. Sinais vitais: PA 128x78, FC 72, T 36,4, SpO2 97%. Aceitação alimentar mantida. Diagnósticos de enfermagem: o de risco de lesão por pressão mantido, com os fatores revisados. Prescrição de enfermagem revisada com a nova cuidadora, entregue por escrito, assinada. Combinado: cuidadora registra a ingestão de líquidos na folha da casa. Próxima visita em 06/10. Enfermeira, Coren-UF 000.000.

O que este exemplo mostra: A mudança de cuidadora e de cama são fatos da casa que a evolução registra e sobre os quais o plano se apoia. A hiperemia resolvida cita a visita em que foi vista.

Exemplo 4

Visita com sinal que levou a comunicação ao médico

23/09/2026, 15h30 às 16h30. Evolução de enfermagem em visita domiciliar de acompanhamento. Pessoa atendida deitada, sonolenta, desperta ao chamado e responde com atraso; a cuidadora refere que "desde ontem está assim, comeu pouco e bebeu pouco". Em 09/09 estava orientada e conversando. Sinais vitais: PA 98x60, FC 104, FR 22, T 37,9, SpO2 93% em ar ambiente. Mucosa oral seca, pele com turgor diminuído. Urina no coletor da sonda vesical escura e em pouco volume nas últimas doze horas segundo a folha da casa. Sem tosse referida. Médico assistente comunicado por telefone às 15h50 com os dados acima; decidiu avaliação presencial hoje e deu orientações à cuidadora, registradas por ele; contato e horário anotados na folha de comunicação. Familiar responsável avisado às 15h55. Permaneci até a chegada do médico às 16h25; conduta dele registrada por ele. Diagnósticos de enfermagem atualizados. Prescrição de enfermagem ajustada para as próximas doze horas, entregue por escrito. Próxima visita amanhã, 24/09, às 09h00. Enfermeira, Coren-UF 000.000.

O que este exemplo mostra: A comparação com a visita anterior é o que dá peso ao quadro de hoje. A comunicação tem hora, destinatário e onde a resposta ficou; a decisão clínica é de quem a tomou.

Sobre este modelo

Modelo em branco com exemplos de cena inventada. A folha não diz o que avaliar na visita nem o que fazer com o que foi encontrado: isso é do enfermeiro, da prescrição de enfermagem e do serviço. Os exemplos mostram a forma da evolução e não servem de conduta para outra pessoa ou outra casa.

Modelo em branco para profissionais de saúde. Não traz conteúdo clínico preenchido, não sugere composição, volume nem via, e não substitui julgamento clínico nem a norma do conselho da sua profissão.