

INSTRUMENTO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM COM QUEIXA MAMÁRIA:

IDENTIFICAÇÃO	
Nome: _____	DN: ____/____/____ Idade: ____ CNS: _____
Filiação (Mãe/Pai): _____	
Escolaridade: () Nenhuma () Ensino Primário () Ensino Médio () Ensino Superior	
Estado Civil: () União estável () Casada () Solteira Parceria: _____	
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM/SUBJETIVO	
Tem filhos: () Não () Sim, se Sim Nº nascidos vivos: ____ Nº abortos: ____ Nº óbitos fetais: ____	
Histórico de Amamentação: _____	
Intervalo interpartal: _____	
Data da última menstruação: ____/____/____. Está grávida? () Sim () Não () Não sabe	
Faz uso de método contraceptivo: () Não () Sim, Qual? _____	
Faz uso de hormônio / remédio para tratar a Menopausa: () Não () Sim, Qual? _____	
Faz uso de medicação de uso contínuo? Qual medicamento e posologia? _____	
Já fez tratamento por radioterapia? () Não () Sim. Especifique: _____	
Tem alguma alergia? () Não () Sim. Especifique: _____	
Data última citologia oncótica: ____/____/____. Resultado: _____	
Teve suas mamas examinadas por algum profissional de saúde antes dessa consulta? () Não () Sim	
Fez mamografia alguma vez? () Não () Sim, se Sim quando: ____/____/____. Resultado: _____	
Histórico Vacinal: _____	
EXAME FÍSICO/OBJETIVO	
Queixas Principais: _____	
Estado Geral: BEG () REG () PEG () Outros: _____	
Peso (kg): _____ Estatura: _____ IMC: _____ Classificação Nutricional: () Baixo Peso () Adequado () Sobrepeso () Obesidade Grau: _____	
Frequência respiratória: ____ rpm () eupneico () dispneico () taquipneico () bradipneico Ausculta: _____	
Frequência cardíaca: ____ bpm () normocárdico () bradicárdico () taquicárdico Pressão arterial: ____ x ____ mmHg Ausculta: _____	
Temperatura ____°c Tem apresentado febre? () não () sim	
Condições da pele/mucosas: () íntegra () lesões Tipo e Local: _____ () corada () pálida () ictérica () cianótica	
Nutrição: () Boa () Regular () Ruim	
Mamas: Tipo de mamilo () hipertrófico () protuso () semiprotuso () plano () invertido	
Mamas: () nódulo () linfonodomegalia axilar ou supraclavicular () espessamento () modif. na textura () alteração na temperatura da pele () descarga papilar () trauma local () cirurgia local	
ECM (se necessário): _____	
Abdômen: () inalterado () distendido () doloroso () sinais flogísticos () presença de secreção	
Urina: () normal () alterado () não sabe informar Eliminação Intestinal: () Diária () Irregular ____ dias sem evacuar Especifique: _____	
Higiene corporal: () boa () precária () péssima	
Genitália/Períneo/Vulva: () hiperemia () secreções () edemas () lacerações () inalterada Região	
Anal: () normal () alterado () Outros: _____	
Edema: () presentes () ausentes Especificar: _____	
Varicosas: () presentes () ausentes Especificar: _____	
Padrão do sono: () normal () diminuído () aumentado	
Tem dificuldade para dormir? () não () sim. Especifique: _____	
Vícios e hábitos: () uso de drogas () tabagismo () alcoolismo () automedicação () nega vícios e hábitos	
Reações/comportamentos: () medo () agressividade () ansiedade () frustração () aflita/chorosa () agitada () tranquila () Outros: _____	
Resultados de exames anteriores: _____	
Observações: _____	