

INSTRUMENTO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM NA MENOPAUSA E CLIMATÉRIO

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	
Tabagista: () Sim () Não Etilista: () Sim () Não Sedentarismo: () Sim () Não	
Comorbidades existentes: _____	
Antecedentes pessoais e familiares: _____	
Hábitos Alimentares: _____	
Histórico de Quedas (recorrentes): _____	
Patologias existentes: _____	
Medicamentos de rotina: _____	
Menarca: _____ Data da última menstruação: ____ / ____ / ____	
Uso de métodos contraceptivos: _____	
Hábitos sexuais: _____	
Data da última citologia oncótica: ____ / ____ / ____ Resultado: _____	
Data da última mamografia: ____ / ____ / ____ Resultado: _____	
Sangramento genital pós-menopausa: () Não () Sim: ____ / ____ / ____	
Histórico Vacinal: _____	
SINTOMAS E QUEIXAS FREQUENTES	
MANIFESTAÇÕES TRANSITÓRIAS	
Menstruações: () intervalo aumentado () intervalo diminuído/ () Quantidade aumentada () Quantidade diminuída	
Neurogênicas: () Fogachos () Sudoreses () Calafrios () Palpitações () Cefaleia () Tonturas () Parestesias () Insônias () Perda de memória () Fadiga	
Psicogênicas: () Diminuição da autoestima () Irritabilidade () Labilidade afetiva () Sintomas depressivos () Dificuldade de concentração () Dificuldades sexuais	
MANIFESTAÇÕES NÃO TRANSITÓRIAS	
Dificuldades visuais: () Sim () Não	
Condições musculoesqueléticas, força e equilíbrio: _____	
Urogenitais: () Ressecamento vaginal () Dispaurenia () Disúria () Aumento da frequência e urgência miccional.	
Outras queixas: _____	
EXAME FÍSICO DA MULHER / OBJETIVO	
Estado Geral: BEG () REG () PEG () Outros: _____ P.A: _____	
Peso (kg): _____ Estatura: _____ IMC: _____ Classificação Nutricional: () Baixo Peso () Adequado () Sobrepeso () Obesidade: Grau: _____ Circunferência Abdominal: _____	
Frequência respiratória: ____ rpm () eupnéico () dispnéico () taquipnéico () bradipnéico 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 () icterícia () cianótica	
Nutrição: () Boa () Regular () Ruim	
Aparência das mamas: () simétricas () assimétricas. Edema cutâneo (casca de laranja): () não () sim Retração cutânea: () não () sim Inversão de mamilo: () não () sim	
Hiperemia das mamas: () não () sim Descamação ou ulceração dos mamilos: () não () sim	
Genitália/Períneo/Vulva: () hiperemia () secreções () edemas () inalterada	
Região Anal: () normal () alterado () Outros: _____	
Edema: () presentes () ausentes Especificar: _____ Varicosas: () presentes () ausentes Especificar: _____	
OBSERVAÇÕES:	
Data da Consulta: _____	
Identificação e assinatura do Profissional:	