

## 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	
<b>Menstruações:</b> ( ) intervalo aumentado ( ) intervalo diminuído/ ( ) Quantidade aumentada ( ) Quantidade diminuída	
<b>Neurogênicas:</b> ( ) Fogachos ( ) Sudoreses ( ) Calafrios ( ) Palpitações ( ) Cefaleia ( ) Tonturas ( ) Parestesias ( ) Insônias ( ) Perda de memória ( ) Fadiga	
<b>Psicogênicas:</b> ( ) 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: _____	
<b>Urogenitais:</b> ( ) 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	
<b>Aparência das mamas:</b> ( ) 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:	