

4.1.1 Consulta de Enfermagem

Instrumento de Consulta de Enfermagem em Atraso menstrual e Amenorreias

IDENTIFICAÇÃO	
Nome: _____	DN: ____/____/____ Idade: _____ CNS: _____
Filiação (Mãe/Pai): _____	
Escolaridade: () Nenhuma () Ensino Fundamental () Ensino Médio () Ensino Superior	
Estado Civil: () União estável () Casada () Solteira Parceria: _____	
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM – SUBJETIVO	
Idade da Menarca: _____	Idade do início da atividade sexual: _____
DATA DA ÚLTIMA MENSTRUACÃO (DUM): ____/____/____. História do padrão menstrual: () regular () irregular	
Faz uso de Método contraceptivo? () não () sim. Se sim, qual? _____	
Parceiro fixo () Múltiplos parceiros ()	
Atividade sexual ativa: () não () sim Uso de preservativo: () não () sim	
Tem ou teve sangramento após relação sexual? () não () sim Dispareunia: () não () sim	
Já fez tratamento de radioterapia? () não () sim	
Antecedentes Patológicos e Agravos: () DIABETES () OBESIDADE () TABAGISMO () ETILISMO () HAS () USO DE DROGAS () DEFICIÊNCIA MENTAL () HIPOTIREOIDISMO () VIOLÊNCIA: _____ () Outros: _____	
Faz uso de medicação de uso contínuo? (Medicamento e posologia) _____	
Tem alguma alergia? () não () sim. Especifique: _____	
Data da última citologia oncótica: ____/____/____.	
Histórico Vacinal: _____	
DADOS OBSTÉTRICOS – OBJETIVO	
Nº gestações: _____ Nº nascidos vivos: _____ Nº abortos: _____ Nº óbitos fetais: _____	
Tipo: () Parto Vaginal () Parto Cesárea	
Histórico da Gravidez: () Risco Habitual () Alto Risco. Qual Comorbidade? _____	
Término da última gravidez: ____/____/____.	
EXAME FÍSICO	
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 () taucárdico Pressão arterial: ____ x ____ mmHg Ausculta: _____	
Temperatura ____ °C Tem apresentado febre? () não () sim Intolerância ao frio: () não () sim	
Condições da pele/mucosas: () íntegra () seca () acne () queda de cabelo () lesões Tipo e Local: _____	
() corada () pálida () ictérica () cianótica	
Nutrição: () boa () regular () ruim () perda de peso () ganho de peso	
Mamas: () Pequenas () Médias () Grandes Presença: () Nódulo () Lesão papilar () Assimetria	
Mamas: Tipo de mamilo () hipertrófico () protuso () semi-protuso () plano () invertido	
Abdome: () inalterado () distendido () doloroso ()	
Urina: () normal () alterado () não sabe informar Eliminação Intestinal: () Diária () Irregular ____ dias sem evacuar	
Higiene corporal: () boa () precária () péssima	
Genitália/Períneo/Vulva: () hiperemia () prurido () irritação vulvar () sangramento () edema () inalterada () dor () secreções, se sim: Quantidade, coloração, aspecto, odor: _____	
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 () incapacidade () tranquila () Outros: _____	
OBSERVAÇÕES: _____	