

4.7.4 Instrumento de consulta de enfermagem em Saúde sexual e reprodutiva

| INSTRUMENTO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM – SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA | |
|--|--|
| IDENTIFICAÇÃO | |
| Nome: _____ | DN: ____ / ____ / ____ Idade: _____ CNS: _____ |
| Filiação (Mãe/Pai): _____ | |
| Escolaridade: () Nenhuma () Ensino Primário () Ensino Médio () Ensino Superior | |
| Estado Civil: () União estável () Casada () Solteira Parceria: _____ | |
| Identidade de gênero: _____ Orientação sexual: _____ | |
| HISTÓRICO DE ENFERMAGEM/SUBJETIVO | |
| Tabagista: () Sim () Não Etilista: () Sim () Não Sedentarismo: () Sim () Não | |
| Comorbidades existentes: _____ | |
| Antecedentes de IST? _____ | |
| Antecedentes pessoais e familiares: _____ | |
| Hábitos Alimentares: _____ | |
| Patologias existentes: _____ | |
| Medicamentos de rotina: _____ | |
| Menarca: _____ Data da última menstruação: ____ / ____ / ____ | |
| Uso de métodos contraceptivos: _____ | |
| Histórico sexual, reprodutivo e obstétrico | |
| Desejo de engravidar? : () Sim () Não | |
| Data da última citologia oncótica: ____ / ____ / ____ Resultado: _____ | |
| Data da última mamografia: ____ / ____ / ____ Resultado: _____ | |
| Gesta: _____ Para: _____ Aborto: _____ | |
| Intercorrências gestacionais: _____ | |
| Vias de Parto () Normal () Cesariano OBS: _____ | |
| Intercorrências no pós-parto: _____ | |
| Satisfação sexual pessoal ou casal – apresenta dificuldades? () Sim () Não | |
| Apresenta Dispareunia? () Sim () Não _____ | |
| Apresenta sangramento vaginal pós-coito? () Sim () Não | |
| Qual o método contraceptivo que tem interesse em utilizar? _____ - | |
| Histórico Vacinal: _____ | |
| Queixas Principais: _____ | |
| EXAME FÍSICO/OBJETIVO | |
| 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 () icterica () cianótica | |
| Nutrição: () Boa () Regular () Ruim | |
| Mamas: Tipo de mamilo () hipertrófico () protuso () semi-protuso () plano () invertido | |
| Mamas: Fissuras () presente () ausente Ingurgitamento () presente () ausente | |
| Mastite () presente () ausente Sinal da pega () boa () ruim | |
| Abdômem: () inalterado () distendido () doloroso () involução uterina () incisão cirúrgica, Em caso de cesárea () sinais flogísticos () presença de secreção | |
| Urina: () normal () alterado () não sabe informar. Eliminação Intestinal: () Diária () Irregular ____ dias sem evacuar | |
| Higiene corporal: () boa () precária () péssima | |
| Genitália/Períneo/Vulva: () hiperemia () lóquios () secreções () edemas () lacerações () episiotomia () 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: _____ | |
| Reações/comportamentos: () medo () agressividade () ansiedade () frustração () aflita/chorosa () agitada () incapacidade () tranquila () Outros: _____ | |
| Resultado de exames: _____ | |
| OBSERVAÇÕES: _____ | |