



Identificação

Data:

Nome:

Sexo:

Data de Nascimento:

| Idade:

Naturalidade:

Escolaridade:

Profissão anterior:

| Profissão atual:

Endereço:

Problemas Crônicos

Data de Identificação

Medicações

Sinais Vitais

Pressão Arterial:

Frequência Cardíaca:

Pulso:

Frequência Respiratória:

Temperatura:

Saturação:

Outros

Ausculta Cardíaca:

Ausculta Respiratória:

Peso:

Altura:

IMC:

Circunferência Abdominal:

Glicose ao acaso (somente para pessoas com 45 anos ou mais ou com obesidade + 1 dos fatores de risco no Manual de Instruções):



SÃO JOAQUIM DE BICAS

**Prontuário – Projeto junto à Comunidade Katurama
realizado pela Liga Acadêmica de Saúde Coletiva
em parceria com a Prefeitura de São Joaquim de Bicas**



ANAMNESE

AVALIAÇÃO CLÍNICA

Data:

Queixa Principal:

SUBJETIVO (ANTIGA HISTÓRIA DA MOLÉSTIA ATUAL):

AVALIAÇÃO CLÍNICA



LISTA DE MEDICAMENTOS EM USO

HISTÓRIA SOCIOFAMILIAR

HISTÓRIA PREGRESSA

Comorbidades:

Cirurgias:

Alergias:

GO:

Internações clínicas (por qual motivo, quando, duração, evolução):

Tabagismo (Tbg): Anos/maço:

Etilismo:

Drogas ilícitas:

História familiar de doença:

Atividade física:

HISTÓRICO DE EXAMES COMPLEMENTARES

ANAMNESE ESPECIAL (de acordo com a queixa)

COONG:

AR (Aparelho Respiratório):

AC (Aparelho Cardiovascular):



SÃO JOAQUIM DE BICAS

**Prontuário – Projeto junto à Comunidade Katurama
realizado pela Liga Acadêmica de Saúde Coletiva
em parceria com a Prefeitura de São Joaquim de Bicas**



AGI (Aparelho Gastrointestinal):
AGU (Aparelho Geniturinário):
SNC (Sistema Nervoso Central):
ALM (Aparelho Locomotor):
Aparelho Tegumentar:
Queixas emocionais e psiquiátricas:
Padrão do Sono:
Saúde Oral:
Estado Nutricional e Hábitos Alimentares:
Atividades Físicas:
Vacinação: <input type="checkbox"/> Em dia <input type="checkbox"/> Atrasada
OBJETIVO (EXAMES FÍSICOS)
Peso: _____ Altura: _____ IMC: _____ PA: _____
Aspectos Gerais:



SÃO JOAQUIM DE BICAS

**Prontuário – Projeto junto à Comunidade Katurama
realizado pela Liga Acadêmica de Saúde Coletiva
em parceria com a Prefeitura de São Joaquim de Bicas**



Linfonodos:	
Otoscopia:	
Oroscopia:	
ACV:	
AR:	
Temperatura:	
Exame Físico Abdominal:	
Outros:	
AVALIAÇÃO	
Hipóteses diagnósticas:	
PLANO	
Exames Solicitados	
Conduta	
Responsável pelo atendimento:	

Assinatura e Carimbo Médico	_____
	Nome dos alunos (as)