

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM AMBULATORIAL					
NOME:		Idade:		Data:	
1. Queixa principal:					
2. Cuidador vínculo/ idade:					
3. História Progressa: Sim (S) Não (N)					
a. Alergias		e. Atividade física regular		3.1. Desvios de saúde:	
b. Órteses e Próteses		h. Tabagismo		• Hipertensão	
c. Quedas		i. Etilismo		• Diabetes	
d. Vacinação completa		j. Exame preventivo (atualizado)		• Outros:	
OBS:					
4. Auto percepção e conhecimento de saúde:					
5. Medicamentos: (em uso regular):					
6. <b>NECESSIDADES UNIVERSAIS:</b> marque S (sim), N (não), NA (não se aplica).					
PA (sentado):	PA (deitado):	PA(em pé):	FC:	HGT:	

• PELE E ANEXOS	Higiene insatisfatória		Lesão	
• ALIMENTAR	Perda de Apetite		Baixa Ingestão hídrica	
	Perda de Peso		Ganho de Peso	
	Alteração do Paladar		Disfagia/ engasgo	
• VISÃO	Déficit Visual		Lentes desajustadas	
• AUDIÇÃO	Déficit Auditivo		Zumbido	
• RESPIRATÓRIO	Dispneia		Tosse (tipo: )	
• OSTEOARTICULAR	Dor ósteo/mioarticular		Perda funcional	
•	Disposit. aux. marcha			
•	Amplitude de movimento diminuída MSS/ MMII		Alteração de postura/ marcha/ equilíbrio	

•	GASTROINTESTINAL	Sintomas dispépticos		Incontinência Fecal	
•		Disposit. aux. alimentação		Constipação/ Diarreia	
•	GÊNITO - URINÁRIO	Poliúria, Disúria, Nictúria		Secreções geniturinárias	
•		Retenção urinária		Incontinência urinária	
•	SEXUALIDADE	Sexualidade com risco		Problemas de ereção	
•		Dispareunia (dor no ato sexual)		Insatisfação c/ sexualidade	
•	NEUROLÓGICO	Tonteira ou Desequilíbrio		Sequela neurológica	
		Queixas de memória		Tremor	
		Cognição alterada		Insônia	
•	PSÍQUICO	Tristeza/ apatia/ ansiedade/ medo		Euforia/ agitação/ mau humor	
•	FUNCIÓNALIDADE	ABVD Dep. TT / PC:		AIVD Dep. TT/ PC:	

•	ALTERAÇÕES FÍSICAS				
•	OUTROS				

**Notas:**

7. Impressões subjetivas:

**8. Problemas:**

**9. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM** (Clínico, Autocuidado, Suporte)

