CONSULTA DE ENFERMAGEM EM
DIABETES MELLITUS /HIPERTENSÃO ARTERIAL

Instrumento de Coleta de Dados

Fundamentação Teórica: Wanda A. Horta / Dorothea Orem

IDENTIFICAÇÃO:	
NOME:	SIS:
CARTÃO SUS:	ENDEREÇO:
IDADE: SEXO: RAÇA:	ESTADO CIVIL:
PESO: ALTURA: IMC:	
GRAU DE INSTRUÇÃO:_____	PROFISSÃO: _____CARGA HORÁRIA SEMANAL:_____ AFASTAMENTO:
DIAGNÓSTICO MÉDICO:( ) HIPERTENSÃO ARTERIAL – HÁ QUANTO TEMPO?_____ ( ) DIABETES_____ – HÁ QUANTO TEMPO?_____	
CLASSIFICAÇÃO NO HIPERDIA:( ) BAIXO RISCO ( ) RISCO MODERADO ( ) ALTO RISCO	
DATA DA PRIMEIRA CONSULTA: ____/____/_____	
ACOMPANHANTE? É FAMILIAR?	
MOTIVO DO ENCONTRO: _____	
HISTÓRICO	
HISTÓRIA FAMILIAR:( )HAS ( ) DIABETES ( ) CARDIOPATIAS ( ) DOENÇAS RESPIRATÓRIAS ( ) CAs_____ ( )OUTRAS_____	
HISTÓRIA PREGRESSA:( ) CIRÚRIGAS_____( ) ALERGIAS_____ PATOLOGIAS PRÉVIAS: ( ) ENXAQUECA ( ) AVC ( ) TBC ( ) CARDIOPATIAS ( ) OBESIDADE – GRAU_____ ( ) CAs_____( ) OUTRAS_____	

NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS
HÁBITOS DE VIDA: ETILISMO: ( ) NÃO ( )SOCIAL ( ) TODOS OS DIAS ( ) 3XSEMANA ( ) MAIS QUE 3XSEMANA TIPO:_____ QUANTIDADE:_____ TABAGISMO: ( ) NÃO ( ) SIM n° cigarros/dia_____ ( ) EX – TABAGISTA HÁ QUANTO TEMPO? _____
REDES DE APOIO:( ) FAMÍLIA ( )AMIGOS ( )INSTTUIÇÕES _____ ( )OUTROS_____ TEM DIFICULDADES PARA SE RELACIONAR? QUAIS?_____
MORADIA: ( ) PRÓPRIA ( )ALUGADA ( )CEDIDA ( )TEM ENERGIA ELÉTRICA ( )NÃO TEM ENERGIA ELÉTRICA ( )ÁGUA TRATADA ( ) NÃO TEM ÁGUA TRATADA ( ) COLETA DE LIXO SEMANAL ( )NÃO TEM COLETA DE LIXO SEMANAL OUTRAS CONSIDERAÇÕES:_____ QUANTOS RESIDEM NA CASA?_____ QUANTOS CONTRIBUEM FINANCEIRAMENTE?_____ QUAIS OS DIFICULTADORES DE SUA SAÚDE RELACIONADOS AO DOMICÍLIO?_____
QUAIS AS EXPECTATIVAS ATUAIS QUANTO AO SEU TRATAMENTO? _____ TEM ALGUMA DÚVIDA?_____

NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS
PRATICA ALGUMA RELIGIÃO: ( ) NÃO ( ) SIM. QUAL: _____ COM QUAL FREQUÊNCIA: _____

NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS
USO DE APARELHO SENSORIAL: ( ) ÓCULOS ( ) LENTES DE CONTATO ( ) APARELHO AUDITIVO DIFICULDADES COM O USO ADEQUADO? QUAIS? _____
NUTRIÇÃO E HIDRATAÇÃO: DESCREVER OS HÁBITOS ALIMENTARES DIÁRIOS: QUANTAS REFEIÇÕES REALIZADAS/DIA?_____ QUEM PREPARA?_____ FRUTAS:_____ VERDURAS: _____ LEGUMES:_____ CARBOIDRATOS:_____ FIBRAS:_____ PROTEÍNAS:_____ GORDURAS:_____ SAL:_____ CONDIMENTOS:_____ DOCES:_____ OUTROS:_____ DESCREVER AS DIFICULDADES QUE IMPEDEM OU IMFLUENCIAM A INGESTA DESSES ALIMENTOS _____ _____ INGESTÃO DE LÍQUIDOS: ( )ÁGUA ( )SUCOS ( )OUTROS QUANTIDADE/DIA:_____ DESCREVER AS DIFICULDADES:_____

OXIGENAÇÃO:

FR: SAT. O_2:

( ) EUPNEICO ( ) BRADIPNEICO ( ) TAQUIPNEICO ( ) EM AR AMBIENTE ( ) OXIGÊNIO COMPLEMENTAR
( ) MVF PRESERVADOS BILATERALMENTE ( ) DIMINUÍDOS ( ) RONCOS ( ) SIBILOS ( ) CREPITAÇÕES

TOSSE: ( ) SECA ( ) PRODUTIVA

CARDIOVASCULAR:

PULSO: ( ) IMPALPÁVEL ( ) PALPÁVEL ( ) REGULAR ( ) FILIFORME ( ) CHEIO

COLORAÇÃO DA PELE: ( ) CORADO ( ) HIPOCORADO ( ) CIANOSE:

EDEMA: ( ) NÃO ( ) SIM ( ) MMSS ( ) MMII ( ) MMSS E MMII ( ) ANASARCA ___/4+

AUSCULTA E PALPAÇÃO: ( ) EUCÁRDICO ( ) BRADICÁRDICO ( ) TAQUICÁRDICO
( ) BNRNF EM 2T ( ) ARRÍTMICO ( ) SOPROS ( ) BULHAS HIPOFONÉTICAS ( ) BULHAS HIPERFONÉTICAS
( ) ICTUS CORDIS PALPÁVEL. QUANTAS POLPAS?

CUIDADO CORPORAL:
HIGIENE CORPORAL: ( )PRESERVADA ( )NÃO PRESERVADA
PRECISA DE AJUDA? ( ) NÃO ( ) SIM - MOTIVO_____
HIGIENE BUCAL: ( ) PRESERVADA ( )NÃO PRESERVADA
REALIZA COM A FREQUÊNCIA_____X/DIA
( ) USA PRÓTESE ( ) REALIZA HIGIENIZAÇÃO ADEQUADA ( ) NÃO – MOTIVO_____
TEM DIFICULDADES? QUAIS?_____

HÁBITOS DE SONO, REPOUSO E CONFORTO: ( )SATISFEITO ( )INSATISFEITO ____HORAS/DIA
O QUE FAZ PARA DORMIR MELHOR?_____
QUAIS AS DIFICULDADES?_____

ELIMINAÇÃO URINÁRIA:
ASPECTO: ( )NORMAL ( )ALTERADO _____
FREQUÊNCIA/DIA:_____

ELIMINAÇÃO INTESTINAL:
HÁBITO: _____
ALTERAÇÕES? _____
DIFICULDADES?_____

ATIVIDADE FÍSICA: ( )SIM QUAL?_____ FREQUÊNCIA_____ DURAÇÃO_____
( ) NÃO REALIZA – MOTIVO_____
ACREDITA SER IMPORTANTE?_____PORQUE?_____
QUAIS SUAS PREFERÊNCIAS?_____
DIFICULDADES APRESENTADAS DURANTE AS ATIVIDADES:_____
DIFICULDADES QUE IMPEDEM/DIFICULTAM A REALIZAÇÃO:_____

MEDICAÇÕES EM USO

MEDICAMENTO	FREQUENCIA/QUANTIDADE/VIA	CONHECE A INDICAÇÃO	DIFICULDADES NO USO - ESPECIFICAR
PLANTAS MEDICINAIS	FREQUENCIA/QUANTIDADE/VIA	CONHECE A INDICAÇÃO	HISTÓRIA DO USO

EXAMES REALIZADOS								

PERCEPÇÃO DA DOENÇA E AUTOCUIDADO

COMO FOI RECEBER O DIAGNÓSTICO?_____
O QUE SIGNIFICA TER PRESSÃO ALTA/DIABETES?_____
SABE QUAIS OS RISCOS QUE A SUA DOENÇA TRAZ PARA SUA SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA?_____
SE SENTE CAPAZ DE AJUDAR NO CONTROLE DA DOENÇA? ( )NÃO ( )SIM. COMO?_____
SE SENTE CAPAZ DE TOMAR OS REMÉDIOS SEM AUXILIO?_____
TEM ALGUMA QUEIXA EM RELAÇÃO AO REMÉDIO?_____
SE SENTE CAPAZ DE REALIZAR ALGUMA ATIVIDADE FÍSICA?_____
SE SENTE CAPAZ DE MELHORAR SUA ALIMENTAÇÃO?_____
FAZ USO DE ALGUM TRATAMENTO CASEIRO? ( ) NÃO ( ) SIM. QUAIS?_____
TAIS TRATAMENTOS LHE PROPORCIONAM ALGUMA MELHORA?_____
VOCÊ ENCONTRA ALGUMA DIFICULDADE PARA CUMPRIR O TRATAMENTO? ( ) NÃO ( ) SIM. PORQUE:
[ ] SEGUIR A DIETA (COM POUCO SAL E GORDURA); [ ] SEGUIR A DIETA (COM POUCA MASSA E AÇUCAR); [ ] LEMBRAR DE TOMAR OS REMÉDIOS; [ ] COMPARECER ÀS CONSULTAS; [ ] FAZER EXERCÍCIOS FÍSICOS; [ ] DEIXAR OU DIMINUIR O FUMO;
HÁ ALGUMA DIFICULDADE PARA FALAR OU LER OU ESCREVER OU COMPREENDER A LÍNGUA?
() NÃO ( ) SIM. QUAL? _____
CONSEGUE SE ALIMENTAR SOZINHO(A)?_____
QUEM PREPARA SUAS REFEIÇÕES?_____
CONHECE OS CUIDADOS COM A ALIMENTAÇÃO PARA CONTROLE DA DOENÇA? ( )SIM ( ) NÃO - QUAIS?_____
_____
NECESSITA DE AUXILIO PARA CUIDADOS COTIDIANOS COMO TOMAR BANHO, COMER, VESTIR, ANDAR?_____
_____
NECESSITA DE AUXILIO PARA IR AO BANCO E FAZER COMPRAS?_____

Enfermeiro