



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPELA DO ALTO
UNIDADE MISTA DE SAÚDE DE CAPELA DO ALTO

ESTADO DE SÃO PAULO

PRAÇA SÃO FRANCISCO N.º 614 - CENTRO - CEP 18.195-000 - CNPJ 46.634.077/0001-14

FONE: (15) 3267-1427

27

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
SAÚDE DO ADULTO

() H.A.

() D.M.

() H.A + D.M.

Nome: _____ Data Nasc.: _____

Naturalidade: _____ Profissão: _____ Religião: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Bairro: _____ Cidade: _____

ANAMNESE

Antecedentes Familiares:

Hipertensão Arterial () Sim () Não Dislipidemia () Sim () Não
Diabetes Mellitus () Sim () Não Angina () Sim () Não
Neoplasias () Sim () Não Dep. Química Qual: _____
AVC () Sim () Não

Antecedentes Pessoais:

Neoplasias () Sim () Não Atividade Sexual () Satisfatória () Insatisfatória
AVC () Sim () Não Bebida Alcoolica () Sim () Não _____ x Sem.
Dislipidemia () Sim () Não Tabaco () Sim () Não _____ x Dia.
Ins. Renal () Sim () Não Ativ. Física () Sim () Não _____ x Sem.
I. A. M. () Sim () Não Medicamentos: _____
Angina () Sim () Não _____
Depressão () Sim () Não _____
Alteração Visual () Sim () Não _____

EXAME FÍSICO

P.A. _____ Peso: _____ Kg Altura _____ cm I.M.C. _____ Kg/m

F.R. _____ x min. Pulso: _____ x min. T.^a _____

CABEÇA - Crânio e couro cabeludo

() Cabelos Hidratados () Desidratados () Quebradiços () Alopecia
() Sem anormalidades () Ferimentos () Drenos () Hermatomas () Sangramentos
() Lesões () Abaulamentos () Drenos

CAVIDADE ORAL

() Vesícula () Edema
() Úlcera () Hiperemia
() Língua Saburrosa () Cáries
() Gengivite () Prótese
() Falhas Dentárias () Halitose

PESCOÇO

() Flexibilidade () Alterada () Sem anormalidades () Linfonodos
() Tireóide Aumentada () Traqueostomia

TÓRAX

Alteração Anatômica () Sim () Não
Expansão Torácica Normal () Sim () Não
Diminuição da Expansibilidade Torácica () Sim () Não
Incisão Cirúrgica () Sim () Não
Dor () Sim () Não
Lesões () Sim () Não

ABDOMINE

- () Dor à palpação () Plano () Distendido () Hepatomegalia
() Resistente à palpação () Globoso () Incisão Cirúrgica () Esplenomegalia
() Indolor () Flácido () Colostomia () R. H. A.

MEMBROS SUPERIORES

- () Sensibilidade e força motora preservada em todas extremidades () Sim () Não () Dir. () Esq.
() Pulsos periféricos palpáveis () Sim () Não () Dir. () Esq.
() Lesões () Sim () Não () Dir. () Esq.
() Aparelho Gessado () Sim () Não () Dir. () Esq.

MEMBROS INFERIORES

- () Sensibilidade e força motora preservada em todas extremidades () Sim () Não () Dir. () Esq.
() Pulsos periféricos palpáveis () Sim () Não () Dir. () Esq.
() Lesões () Sim () Não () Dir. () Esq.
() Aparelho Gessado () Sim () Não () Dir. () Esq.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

- () Risco para não comprometimento relacionado aos efeitos colaterais negativos da terapia prescrita versus a crença de que não é necessário o tratamento sem presença de sintomas.
() Risco para padrões de sexualidade ineficaz relacionado a diminuição de libido ou disfunção erétil secundárias aos efeitos colaterais dos medicamentos.
() Risco para controle ineficaz do controle do regime Terapêutico relacionado ao conhecimento insuficiente sobre a condição, as restrições dietéticas, os medicamentos, os fatores de risco e o prosseguimento dos cuidados.
() Risco para interação à atividade física;
() Risco para lesão relacionado à diminuição da sensação tátil;
() Risco para lesão relacionado à diminuição da cavidade visual;
() Risco para lesão relacionada a hipoglicemia;
() Medo relacionado ao diagnóstico e às complicações potenciais do diabetes e/ ou hipertensão ao efeito negativo do estilo de vida.

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

- () Orientar quanto a importância da dieta hipossódica e hipocalórica;
() Orientar quanto a importância do uso de medicamentos, desmistificando os efeitos colaterais inexistentes;
() Orientar quanto a importância da atividade física, para o bom funcionamento do organismo;
() Orientar quanto a importância dos cuidados com os pés (hidratação, Corte adequado das unhas)

DATA: _____ / _____ / _____

PROF. RESPONSÁVEL / COREN