FUNDAÇÃO PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS
FACULDADE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS DE GOV. VALADARES
CURSO DE ENFERMAGEM

Consulta do Adolescente

Identificação

Nome Completo:			**Data do Nascimento** _____/_____/_____
Idade:	**Raça:**	**Sexo: □ Masc. □ Fem.**	**Nº Cartão SUS:**

Moléstia Atual

Queixa principal:

História clínica e familiar:

História Pregressa

Intercorrências na gestação, parto e período neonatal:

Doenças pregressas e internações anteriores:

Presença de distúrbios psicoemocionais e transtornos mentais:
Sim □ Não □

Medicamento de uso Constante: Nome do fármaco:	**Data de Início:**	**Dose diária:**

Histórica de alergia/intolerância:

Outras Informações: **crescimento, sono, vida escolar, presença de deficiências, história de violência doméstica.**

Desenvolvimento Puberal e da Sexualidade

Desenvolvimento puberal: **idade da telarca, pubarca, menarca e espermarca; mama, pelos pubianos e genitais, ciclos menstruais (regularidade, dismenorreia).**

Atividade sexual: **idade de início, frequência, conhecimento e uso de métodos anticoncepcionais (tipo, utilização), dificuldades.**
ATIVA: Sim □ Não □

Gravidez ou aborto anterior: **idade, motivo, acompanhamento.**

Vacinação

Cartão vacinal em dia: Sim □ Não □
Reação vacinal:

Alimentação

Realiza maioria das refeições fora de casa: Sim □ Não □

Avaliação da alimentação: **evita doces, frituras, alimentos condimentados, refrigerante.**

Presença de distúrbios alimentares: **obesidade, desnutrição, anemia, outros.**
IMC: _____

Atividades Cotidianas

Escola: _____

Frequência: Sim □ Não □ Série:_____ Horário Escolar:_____
Desempenho escolar, evasão escolar, dificuldade:

Uso de álcool: Sim □ Não □	**Há quanto tempo:**	**Quantidade/frequência:**
Tabagismo: Sim □ Não □	**Há quanto tempo:**	**Quantidade/frequência:**
Uso de substâncias lícitas ou ilícitas: Sim □ Não □	**Há quanto tempo:**	**Quantidade/frequência:**

Saúde Bucal

Foi examinada pelo Cirurgião Dentista no último ano? Sim □ Não □
Realiza escovação dos dentes diariamente? Sim □ Não □ Quantas vezes ao dia?_____
Tem algum incômodo ou notou algo diferente na boca? Sim □ Não □

Exame Físico

Peso: Kg	**Estatura:** cm	**IMC:**	**PA:** mmHg
FC: bpm	**FR:** irpm	**Tax:** C°	

Aspecto geral, nível de consciência, face, pele e anexos. COONG, acuidade visual e auditiva, linfonodos, cavidade oral, nariz, pescoço:

Tórax, auscultas cardíaca e respiratória:
Abdome, genitália e região ano-retal:
MMSS e MMII, coluna vertebral, articulações e exame neurológico:
Diagnóstico de Enfermagem
Prescrição de Enfermagem

Conduta e Encaminhamento de Enfermagem		
Data da Consulta:	**Assinatura:**	**Carimbo:**

Evolução de Enfermagem	
Data/Hora	