



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



### Consulta do Idoso

#### Identificação

<b>Nome Completo:</b>		<b>Data do Nascimento</b> ____/____/____	
<b>Idade:</b>	<b>Raça:</b>	<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	<b>Nº Cartão SUS:</b>

Mora sozinho: sim  não

#### Moléstia Atual

Realiza AVD-atividade de vida diária: sozinho  com auxílio

Queixa principal:

Presença de distúrbios psicoemocionais e transtornos mentais: sim  não

História clínica e familiar:

#### História Progressa

Doenças anteriores:

Sim  Não  Listar: \_\_\_\_\_

Cirurgias:

Sim  Não  Listar: \_\_\_\_\_

Internação:

Sim  Não  Listar: \_\_\_\_\_

Doenças ou acidentes do trabalho:

Sim  Não  Listar: \_\_\_\_\_

Órtese e próteses:

Sim  Não  Citar o tipo e tempo de uso: \_\_\_\_\_

Medicamento de uso Constante:

Nome do fármaco:	Data de Início:	Dose diária:

Histórica de alergia/intolerância:

#### Vacinação

Cartão vacinal em dia: Sim  Não

Sim  Não  Citar: \_\_\_\_\_

### 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

Pratica atividade física: Sim  Não

Orientada por profissional? Sim  Não

Uso de álcool: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Há quanto tempo:	Quantidade/frequência:
--	------------------	------------------------

Tabagismo: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Há quanto tempo:	Quantidade/frequência:
--	------------------	------------------------

Uso de substâncias lícitas ou ilícitas: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Há quanto tempo:	Quantidade/frequência:
---	------------------	------------------------

Tratamentos realizados: Sim  Não

Quais:

Sexualidade:

Sono e outros hábitos:

### Saúde Bucal

Faz uso de prótese? Sim  Não

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?

### Exame Físico

Peso: _____ Kg	Estatura: _____ cm	IMC:	PA (ortostatismo) _____ mmhg
----------------	--------------------	------	------------------------------

FC: _____ bpm	FR: _____ irpm	TAX: _____ °C	PA (deitado) _____ mmhg
---------------	----------------	---------------	-------------------------

Circunferência da cintura: _____ cm	Circunferência do quadril: _____ cm
-------------------------------------	-------------------------------------

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**



