



CENTRO INTEGRADO VIVA VIDA E HIPERDIA MINAS
MURIAÉ - MG



DATA: ____/____/____

Nome: _____

Cidade / UBS: _____ Idade: _____

Escolaridade: () Nenhuma () 1º Grau () 2º Grau () Superior

Estado Civil: _____ Cor/Raça: _____

CONSULTA DE ENFERMAGEM:

Queixas: _____

Antecedentes Pessoais:

Comorbidades: _____

Medicações em uso: _____

Cirurgias prévias: _____

Vícios: _____

Antecedentes Tocoginecológicos:

Menarca: _____ Menopausa: _____ DUM: ____/____/____

G: ____ P: ____ A: ____ PN ____ PC ____ Idade 1º parto: _____

afeitamento nº total (meses): _____

Método contraceptivo atual: _____ Já usou ACO? _____ meses/anos

TH: () nunca () no passado por _____ (tempo) () atualmente _____ já há _____ (tempo)

Observações: _____

Enfermeira

CONSULTA MASTOLÓGICA:

QP/HMA: _____

Antecedentes Mastológicos: _____

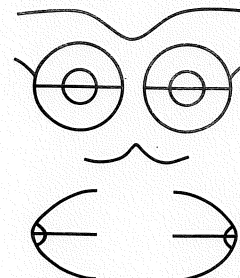
História Oncológica Familiar: _____

Exames Realizados:

Exame Físico:

HD: _____

Conduta: _____



() P () M () G

MASTOLOGISTA