



CENTRO INTEGRADO VIVA VIDA E HIPERDIA MINAS MURIAÉ-MG	
ADULTO-PRIMEIRA CONSULTA (Patologia):	
Data do Atendimento: / /	Nº do prontuário:
CAMPO 01 - IDENTIFICAÇÃO (Preenchimento do Profissional de Nível Médio)	
Nome:	
Idade:	Estado Civil: () Solteiro () União Estável () Casado () Viúvo () Separado
Responsável:	Raça: () Negra () Branca () Parda () Indígena
Escolaridade: () Analfabeto () Ens.Fundamental () Ens.Fundamental Incompleto () Ens.Médio () Ens.Médio Incompleto () Superior () Sup.Incompleto () Pós Graduação	
Ocupação:	Telefone (S): ()
Unidade de Referência:	Município:
CAMPO 02 - MOLÉSTIA ATUAL (Preenchimento do Enfermeiro)	
Queixa Principal:	
História Clínica:	
CAMPO 03 - HISTÓRIA FAMILIAR	
CAMPO 04 - HISTÓRIA PREGRESSA	
Doença ou Internações Anteriores:	
Saúde da Mulher: Antecedentes Ginecológicos: História Obstétrica: G () P () A () Partos (tipos, complicações):	
Atividades Sexual :tipo, frequência, conhecimento e uso de métodos anticoncepcionais (tipo, utilização), dificuldades.	
Outras Informações: sono, dificuldades enfrentadas, presença de deficiências, história de violência domésticas. Presença de distúrbios psicoemocionais e transtornos mentais.	

**Medicamentos de Uso Constantes:**

NOME:	DATA DE INÍCIO:	DOSE:

História de Alergia/Intolerância:

Exames preventivos: (citologia uterina, mamografia, PSA, toque retal, exames laboratoriais).

CAMPO 05 – ATIVIDADES COTIDIANAS

Pratica atividade física: () Sim Qual:

Periodicidade: () Não. Por que?

Tabagismo: () Não () Sim Idade de início: Quantidade: Freq:

Uso de álcool: () Não () Sim Idade de início: Quantidade: Freq:

Uso de substâncias lícitas ou ilícitas: () Não () Sim Qual:

Idade de início: Quantidade: Freq: tratamento:

Data: Assinatura: Carimbo:

CAMPO 05 – EXAME FÍSICO

(Preenchimento pelo Profissional Médico)

Peso: g | Altura: cm | IMC: | TAX:

PA: mmHg | FC: bpm | Glicemia: mg/dl

Exame Físico Geral:

Impressão Diagnóstica:

Conduta:

Encaminhamentos:

Data: Assinatura: Carimbo: