

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA**

ROTEIRO DE ANAMNESE PARA O ADULTO

1. DATA DO HISTÓRICO

2. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO: idade, sexo, cor, naturalidade, estado civil, ocupação, fonte de encaminhamento.

3. QUEIXA PRINCIPAL: (quando possível, com as próprias palavras do paciente).

4. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL: desenvolver a queixa principal. É uma narrativa clara com problemas pelos quais o paciente está necessitando de atendimento. Deve ser feita preferencialmente empregando termos técnicos e deve ser organizada cronologicamente. Relatar o início do problema, a maneira como vem se desenvolvendo, suas manifestações, investigações e tratamentos já realizados. Os principais sintomas devem ser descritos quanto: a localização, a qualidade (tipo), a intensidade, o tempo (início), duração e frequência, a evolução, aos fatores que agravam ou atenuam as manifestações associadas ao problema. Relatar também, a negativa de certos sintomas que poderiam auxiliar no diagnóstico diferencial

5. REVISÃO DOS SISTEMAS:

GERAL: mudanças recentes de peso, fraqueza, cansaço e febre. Hábitos (padrões dietéticos). Prática de exercícios. Padrão de sono. Uso de café, álcool, outras drogas e fumo. Medicamentos em uso, incluindo remédios caseiros (nome, frequência, tempo de uso). Alergias. Doenças gerais da vida adulta de conhecimento do paciente.

PELE: exantema, nódulos, prurido, pele seca, alterações de cor, surgimento de lesões, alterações nos cabelos e unhas

CABEÇA: dor de cabeça e traumatismos

OLHOS: qualidade da visão, uso de óculos ou lentes de contato, último exame oftalmológico, dor, vermelhidão, lacrimejamento, escotomas, visão dupla outras alterações de visão, história de glaucoma ou catarata.

ORELHAS: qualidade da audição, zumbidos, vertigens, dor de ouvido, secreção.

NARIZ E SEIOS PARANASAIS: resfriados frequentes, obstrução nasal, coriza, crises de espirros, epistaxe.

BOCA E GARGANTA: problemas nos dentes e gengivas, uso de próteses dentárias, hemorragias de gengivas, última revisão odontológica, história de lesões na língua, alterações da gustação, dor de garganta frequente, rouquidão, afonia.

PESCOÇO: surgimento de tumorações no pescoço, aumento de volume dos gânglios, bócio, dor no pescoço.

MAMAS: surgimento de nódulos, dor, secreção mamilar, alterações percebidas no auto-exame.

CARDIOVASCULAR: hipertensão arterial. Dispnéia (dispnéia paroxística noturna, ortopnéia, dispnéia aos esforços); dor retroesternal e precordial (descrever características), tosse, palpitações.

RESPIRATÓRIO: tosse, escarro (cor, quantidade), dispnéia, cianose, dor torácica, chiado no peito, hemoptise, baqueteamento digital. Contato com tuberculose reação de Mantoux, último Rx de tórax.

GASTROINTESTINAL: problemas de salivação, alterações do apetite, dor abdominal, pirose, náuseas, vômitos, hematêmese, frequência de evacuações, alterações do hábito intestinal, constipação, diarreia, enterorragia, melena, intolerância alimentar, flatulência, história de hemorróidas, de icterícia e de hepatite.

URINÁRIO: frequência miccional, noctúria, alterações do aspecto da urina, urina turva, hematuria, colúria), poliúria, oligúria, disúria, polaciúria, enurese, urgência miccional, incontinência, dor lombar, edema, alterações do jato urinário, história de infecções urinárias e/ou cálculos no passado.

GENITAL:

HOMEM: secreção uretral ou lesões no pênis, história de doenças venéreas e seu tratamento, hérnias, dor ou massas testiculares, frequência da atividade sexual, libido, dificuldades sexuais.

MULHER: idade da menarca, ciclos menstruais, quantidade de sangramento fora do período menstrual e após o coito, data da última menstruação, dismenorréia, número de gestações, número de partos, número de abortamentos (espontâneos ou induzidos), complicações das gestações, métodos contraceptivos usados, sintomas do climatério, idade da menopausa, sangramentos pós-menopausa, corrimento vaginal, prurido, doenças venéreas e seu tratamento, última revisão ginecológica, frequência da atividade sexual, libido, dificuldades sexuais.

MÚSCULO ESQUELÉTICO: rigidez articular, história de sinais inflamatórios articulares (dor, vermelhidão, inchame)-se presentes pesquisar caráter migratório, limitação dos movimentos articulares ou da atividade, dores musculares, câimbras.

VASCULAR PERIFÉRICO: claudicação intermitente, câimbras, veias arcosas, tromboflebitas.

NEUROLÓGICO: tonturas, vertigens, desequilíbrio, lipotímia, alterações da visão, cefaléia, náuseas, vômitos em jato, convulsões, paralisias, paresias, alterações da sensibilidade, parestesias, zumbidos, tremores, distúrbios do comportamento, alterações do sensorio e da memória.

PSIQUIÁTRICO: O exame psiquiátrico do paciente é feito durante a entrevista, observando-se as funções do Ego, a saber:

-Funções simples: consciência, atenção, memória, orientação, inteligência, linguagem, afeto, pensamento, sensopercepção, conação.

-Funções defensivas: negação, introjeção, projeção, dissociação, repressão.

-Funções integradoras.

-Doenças psiquiátricas em acompanhamento/tratamento.

ENDÓCRINO: bócio, intolerância ao calor ou ao frio, agitação, tremores, sudorese excessiva, história de diabetes, sede excessiva (polidipsia), aumento do apetite (polifagia), diurese aumentada (poliúria).

HEMATOLÓGICO: história de anemia, equimoses, hematomas, petéquias, púrpura, sangramentos anormais, passado de transfusões e possíveis reações.

6. HISTÓRIA MÉDICA PREGRESSA

-Doenças da infância: sarampo, rubéola, parotidite, coqueluche, varicela, febre reumática, pólio.

-Imunizações prévias: tétano, pertussis, difteria, pólio, sarampo e outras.

-Cirurgias prévias.

-Traumatismos prévios.

-Hospitalizações ainda não descritas.

7. HISTÓRIA FAMILIAR

-Idade e saúde, ou idade e causa da morte dos pais, irmãos e filhos. Dados de parentes mais distantes (tios, avós, netos) algumas vezes podem ser importantes.

-Ocorrência na família de qualquer uma das seguintes condições: diabetes, cardiopatia isquêmica, hipertensão arterial sistêmica, doenças renais, câncer, artrites, anemias, cefaléia, doenças mentais ou sintomas semelhantes ao do paciente. Tuberculose ou outras doenças infecto-contagiosas saber se houve contato com o portador.

8. HISTÓRIA PSICOSSOCIAL

Deve-se captar e transcrever as informações importantes sobre o paciente como pessoa:

-Estilo de vida, situação doméstica, sistemas de apoio;

-Um dia típico como ele passa seu tempo desde que levanta até deitar-se;

-Experiências importantes incluindo: educação, escolaridade, serviço militar, trabalho, situação financeira, casamento, recreação, aposentadoria;

-Crenças religiosas importantes para percepção da saúde, doença e tratamento;

-Sua visão do presente e suas perspectivas para o futuro.

9. IMPRESSÃO DO PACIENTE

-Descrever qual sua impressão sobre o paciente

-Relatar qual o impacto da doença sobre a vida do paciente e como ele interpreta essa doença.