|  |  |
| --- | --- |
| 1558116960487.png | **UAPSF Atenção Primária Saúde da Família Zilda Arns Neumann**  Rua Florentino de Oliveira nº 263, Vila Industrial, Joaquim Távora/PR  Telefone: (43)3559-1505  **PROJETO BEM ME QUERO** |

**Consulta de Enfermagem**

**HISTÓRIA CLÍNICA**

**HISTÓRIA ATUAL HIPERTENSO**

* Quando descobriu que era hipertenso?
* Quais os valores das pressões anteriores?
* Teve alguma reação ao tratamento anterior? Porque abandonou o tratamento?
* Resultado do tratamento atual?
* Participa de algum grupo na UAPSF? Mudou o estilo de vida?
* Faz uso de algum medicamento além os de uso contínuo? Por exemplo: fitoterápico, manipulado, suplemento alimentar
* Uso de medicamentos que alteram a pressão arterial? Por exemplo: corticóides, anti-inflamatórios, anorexígenos, anti-depressivos, hormônios
* Como esta se sentido em relação a doença e o tratamento?
* Presença de comorbidades e outras disfunções? Por exemplo: Diabetes, Doença Renal, ICC, Doença Arterial Periférica, etc.
* Fatores de risco (tabagismo, sobrepeso e obesidade, sedentarismo, perda de peso, características do sono, função sexual, DPOC)

**HISTÓRIA ATUAL DIABÉTICO**

* Sinais e sintomas e resultado de exame laboratoriais que levaram ao diagnóstico?
* Valores de glicemia e hemoglobina glicada em avaliações anteriores?
* Tratamento prévios, incluindo medicação, nutrição, educação, crenças e atitudes?
* Tratamento atual: medicação, dieta, uso de glicosímetro, medidas domiciliares?
* Freqüência, gravidade e causas de complicações agudas, como, cetoacidose e coma hiperglicêmico?
* Infecções prévias e atuais: pele, pé, dentes e sistema geniturinário?
* Sintomas sugestivos de complicações crônicas: coração, sistema nervoso central e periférico, sistema vascular periférico, olhos, rins, bexiga, função gastrointestinal?
* Presença de comorbidades e outras disfunções? Por exemplo: Hipertensão Arterial, Dislipidemias, Gota, Outras Endocrinopatias, Doença Renal, Pulmonar, Hepática, Geniturinárias e Transtornos Mentais, etc.
* Como esta se sentindo em relação a doença e o tratamento?
* Avaliação de desordens do humor (Estratificação de Saúde Mental)
* Participa de algum grupo na UAPSF? Mudou o estilo de vida?

**HISTÓRIA PREGRESSA**

* Antecedentes de complicações agudas e atendimentos de urgência
* História sugestiva de complicações crônicas **HA** (gota, doença arterial coronária, ICC)
* História sugestiva de complicações crônicas **DIA** ( alterações visuais, neuropatias periféricas, úlceras de MMII, disfunção sexual, Angina, etc.
* História vacinal
* Antecedentes ginecológicos e obstétricos
* Infertilidade
* História sexual e contrapectiva
* Alterações de peso
* Infecções recorrentes (pele, pés, geniturinárias e periodontal) - **DIA**
* Teve contato com agrotóxico (se sim, rastreio pelo ACS)

**HISTÓRIA MORBIDA FAMILIAR**

* AVC
* IAM
* Doença arterial coronariana prematura (homens <55 anos/ mulheres >65 anos)
* Morte prematura e súbita de familiares próximos (1º grau)
* Antecedentes familiares de Diabetes Tipo2 e HAS
* Doença renal
* Obesidade
* Dislipidemia

**CONDIÇÕES E HÁBITOS DE VIDA**

* Fatores ambientais e psicossociais
* Atividade física (no lazer, domicílio ou trabalho)
* Tabagismo
* Uso de álcool ou drogas ilícitas
* Sintoma de depressão, ansiedade e pânico
* Situação familiar, condições de trabalho
* Grau de escolaridade
* Hábitos alimentares (açúcar, consumo de sal, gordura saturada e cafeína)