

## IDENTIFICAÇÃO

Nome: \_\_\_\_\_ Cama: \_\_\_\_\_  
 Sexo: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 Raça: \_\_\_\_\_ Est. Civil: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
 Naturalidade: \_\_\_\_\_  
 Residência: \_\_\_\_\_

## DATA E MOTIVO DE CONSULTA/INTERNAMENTO

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## HISTÓRIA DA DOENÇA ACTUAL

### Tonturas e vertigens:

- Forma de instalação
- Por crises ou contínuo
- início
- Duração
- Alt. dos sintomas c movimentos
- Sintomas associados (N, V, acfenos, hipoacúsia, pert.visuais)
- Instabilidade perda do equilíbrio, quedas
- Medicação

### Otalgia:

- Início
- Duração
- Tipo de dor:
- Intensidade
- Fact. alívio e agravamento
- Inf. alta concomitante
- Natação, TCE, queixas da cav. bucal, dentes, seios perinasais ou faringe
- Sint.associados: hipoacusia, acufenos, autofonia, vertigens
- Metodos de limpeza do CAE:
- Medicação:

### Hipoacúsia (uni ou bilateral):

- Início:
- Hx repetida de impactação de cerúmen
- Ouve melhor ao telefone em ambientes silenciosos ou barulhentos, todos os sons reduzidos ou alguns ouvem-se melhor, incapacidade de discriminar palavras
- Discurso
- Próteses auditivas
- Medicação

Sintomas principais: localização, intensidade, início, duração, frequência, contexto, factores de alívio e agravamento, manifestações associadas, evolução

-Factores de risco para hipoacúsia:  
 Adultos: exposição a ruído, doença de Ménière  
 Crianças:

**Rinorreia:**

-Características  
 -Odor  
 -Quantidade  
 -Duração  
 -Uni ou bilateral  
 -Sint.associados  
 esternutos  
 congestão nasal  
 prurido nasal  
 obstrução nasal  
 respiração bucal  
 congestão ou prurido conjuntivais

**Roncopatia:**

-Alt.no padrão do ressonar, queixas do ressonar pelo parceiro  
 -Queixas nocturnas associadas:  
 Queixas de apneia  
 Tosse nocturna  
 Sono agitado  
 Pesadelos  
 Enurese  
 -Queixas diurnas:  
 Sonolência diurna  
 Respiração bucal  
 Cefaleias matinais  
 Fadiga  
 Irritabilidade e insucesso escolar  
 Adormecimento mto rápido à noite  
 Dormir melhor sentado  
 -Queixas de refluxo gastro-esofágico  
 -Medicação

**Epistáxis:**

-Frequência  
 -Quantidade de sangue perdida  
 -Características  
 -Duração  
 -Obstrução nasal  
 -Tratamento  
 -Dificuldade em estancar a hemorragia  
 -Factores prediponente e desencadeantes:  
 Infecção

Calor seco  
 Traumatismos  
 Corpos estranhos  
 Expiração forçada contra as narinas fechadas  
 Alergias  
 HTA  
 Trombopatia  
 Vasculopatias  
 Altitudes ou baixas pressões  
 Medicação (anticoagulantes)

**Lesões bucais:**

-Intermitentes ou constantes  
 -Dor  
 -Excessiva secura da boca  
 - Halitose  
 -Associada ao stress alimentos, estações do ano, fadiga, uso de tabaco, próteses dentárias  
 -Variações nas caract da língua  
 Tumefacção  
 Alt do tamanho  
 Cor  
 Revestimento  
 Ulcerações  
 Dificuldade em movimentos  
 Medicação

**Dor de garganta (odinalgia):**

-Caract dor  
 -Dor com deglutição  
 -Associada a sintomas de inf respiratória alta, rinorreia posterior, respiração bucal  
  
 -Exposição ao calor seco ou fumos  
 -Disfonia:  
 Uso excessivo da voz  
 Infecção  
 Refluxo gastro-esofágico

**Disfagia:**

-Sólidos, líquidos ou ambos  
 -Tempo de instalação  
 -Constantes ou intermitentes  
 -Dependência de temperatura dos alimentos  
 -Variações com stress  
 -Aperto, regurgitação, vômito  
 -Sialorreia  
 -Aspiração do conteúdo deglutido  
 -Líquidos deglutidos saem pelo nariz:

	Perda de peso, anorexia?
<b>ANTECEDENTES PESSOAIS</b>	
<b>DOENÇAS ANTERIORES</b>	Papeira <input type="checkbox"/> Sarampo <input type="checkbox"/> Varicela <input type="checkbox"/> Escarlatina <input type="checkbox"/> Febre Reumática <input type="checkbox"/> Malária <input type="checkbox"/> Tuberculose <input type="checkbox"/> Hepatites <input type="checkbox"/> Pneumonia <input type="checkbox"/> Reumatismo <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> d. Cardíaca <input type="checkbox"/> d. Coronária <input type="checkbox"/> d. Renal <input type="checkbox"/> HTA <input type="checkbox"/>
<b>INTERNAMENTOS CIRURGIAS</b>	
<b>ACIDENTES TRAUMATISMOS</b>	
<b>TRANSFUSÕES</b>	
<b>ALERGIAS</b>	
<b>VACINAS</b>	
<b>TERAPÊUTICAS JÁ REALIZADAS (NOME, DURAÇÃO)</b>	
<b>HÁBITOS</b>	<b>ALIMENTARES:</b>
	<b>TABÁGICOS:</b>
	<b>ALCOÓLICOS:</b>
	<b>TÓXICOS:</b>
<b>EXERCÍCIO FÍSICO/ SEDENTARISMO</b>	
<b>HISTÓRIA SOCIAL/COMPORTAMENTAL</b>	
Nível educacional	
Profissões/ Ocupações	
Locais de residência	
Viagens Tempos livres	

Descrição da Residência actual	
Estados Cívicos e filiação	

### ANTECEDENTES FAMILIARES

#### ÁRVORE GENEALÓGICA

Doenças de transmissão genética conhecida	DM <input type="checkbox"/> HTA <input type="checkbox"/> OBESIDADE <input type="checkbox"/> HIPERLIPIDÉMIA <input type="checkbox"/> D. CARDÍACA <input type="checkbox"/> D. RENAL <input type="checkbox"/> ANEMIA <input type="checkbox"/> ARTRITE <input type="checkbox"/> MIOPIA <input type="checkbox"/> EPILEPSIA <input type="checkbox"/> TUMORES <input type="checkbox"/> _____
CAUSA E IDADE DO ÓBITO DE PARENTES PRÓXIMOS (1.º GRAU)	

### REVISÃO DE SISTEMAS

<b>GERAL</b>	Astenia Fadiga Alteração de peso Apetite Sono Febre Arrepios Suores nocturnos
<b>PELE</b>	Alterações da coloração Prurido Urticária Exantema Dermatoses Infecções cutâneas Alterações do pêlo/unhas Tumores
<b>HEMATOPOIÉTICO</b>	Anémia Tendência para hemorragias/equimoses Esplenomegália Língua Reacções transfusionais
<b>SNC</b>	Cefaleias Alterações do estado de consciência Convulsões, vertigens Alterações da linguagem, audição, visão Ataxia, disartria Memória, concentração

	<p>Parestesias, paralisias Atrofia muscular Nevralgias, tremores</p>
<b>OLHOS</b>	<p>Visão Óculos/ lentes de contacto Escotomas Dor Inflamações Edema palpebral Lacrimação DATA DA ÚLTIMA OBSERVAÇÃO:</p>
<b>OUVIDOS</b>	<p>Zumbidos Surdez Dor Otites Otorreia, otorragia DATA DA ÚLTIMA OBSERVAÇÃO:</p>
<b>ORL</b>	<p>Corrimento nasal Sinusite Amigdalite Epistaxis Rouquidão DATA DA ÚLTIMA OBSERVAÇÃO:</p>
<b>DENTIÇÃO</b>	<p>Nº de dentes Cáries Abscessos Próteses Piorreia/periodontite DATA DA ÚLTIMA OBSERVAÇÃO:</p>
<b>PESCOÇO</b>	<p>Dor Tumefacções/ massas Limitação da mobilidade Fístulas</p>
<b>MAMAS</b>	<p>Tumefacções/ massas Corrimento Dor Mamografia/ Ecografia de rotina DATA DA ÚLTIMA OBSERVAÇÃO:</p>
<b>CARDIOVASCULAR</b>	<p>Dor torácica (tipo angor) Palpitações/ Sopros Dispneia/DPN Ortopneia/ nº de almofadas Varizes/ Tromboflebitas Claudicação Fenómeno de Raynaud Diminuição da força muscular Arrefecimento das extremidades Edema MI Alteração do estado de consciência Tonturas/ Cefaleias</p>
<b>RESPIRATÓRIO</b>	<p>Tosse Expectoração Hemoptises Pieira Dispneia Infecções Respiratórias de repetição Matoux Teste tuberculínico/ BCG</p>
<b>GASTROINTESTINAL</b>	<p>Apetite Alterações de peso Dor abdominal Disfagia Pirose</p>

	<p>Dispepsia (indigestão)  Náuseas/ Vômitos  Alterações do trânsito Intestinal  Aspecto das fezes: cor, textura, sangue, pús</p> <p>Hemorróidas  Hérnias  Intolerância a alimentos  Meteorismo/ Flatulência  Hemorragias: hematemesa, melena, rectorragia  Icterícia  Halitose  Sialorreia  Uso de medicamentos</p>
<b>URINÁRIO</b>	<p>Freq urinária: ____ micções/ dia  Jacto urinário  Incontinência  Urgência urinária  Disúria  Ardor  Poliúria/ polaquiúria/ oligúria  Noctúria  Cor (normal, colúria)  Infecções urinárias  Litíase renal</p>
<b>GENITAL/ REPRODUTOR</b>	<p>D. venéreas  Exames serológicos  Prática sexual  ♂  Lesões do pênis  Corrimento uretral  Dor/ massas testiculares  Infertilidade  Impotência/ alt. da libido  ♀  <b>HISTÓRIA GINECOLÓGICA</b>  Menarca aos ____ anos  Último período menstrual  Menopausa aos ____ anos  Menorragias  Hipermenorreias/ Metrorragias  Dis/a-menorreia  Hemorragias pós coito/ Dispareunia  Leucorreia  Infecções  Prurido  Tumores  CO/TSH  ÚLTIMA OBSERVAÇÃO GINECOLÓGICA:  <b>HISTÓRIA OBSTÉTRICA</b>  Gesta ____ Para ____ Abortos ____ vol ( ) esp ( )  Complicações da gravidez  Infertilidade  Libido  Método(s) contraceptivo(s):</p>
<b>MÚSCULO- ESQUELÉTICO</b>	<p>ARTICULAÇÕES (dor, edema, calor, rubor, rigidez, deformações, impotência funcional)  MÚSCULOS (mialgias, força muscular)</p>
<b>ENDÓCRINO</b>	<p>Poliúria/ Polifagia/ Polidipsia  Bócio  Intolerância ao calor/ frio  Tremores</p>

	Alteração da pilosidade Alterações da estrutura corporal Alterações do peso Alterações da voz Sudação Irritabilidade
<b>PSIQUIÁTRICO</b>	Nervosismo Depressão Alteração do comportamento Perdas de memória Insónia Pesadelos Hiperventilação
OUTROS DADOS	

### EXAME OBJECTIVO

<b>SINAIS VITAIS</b>	<u>Estado de consciência</u> Lucidez <input type="checkbox"/> Vigilidade <input type="checkbox"/> Colaboração <input type="checkbox"/> Orientação <input type="checkbox"/> Comunicação <input type="checkbox"/> <u>Idade aparente/real=1</u> <input type="checkbox"/> <u>Constituição física:</u> <u>Estado nutricional:</u> Peso: _____ kg    Altura: _____ m <u>Posição na cama:</u>  <u>Pulso</u> Frequência: _____/min Amplitude Ritmo Regularidade Simetria Dureza FR: _____ cpm <u>Temperatura auricular:</u> _____ °C    Apirético / Febril <u>TENSÃO ARTERIAL:</u> pé-sentado-em decúbito MSE: ____/____    _____    MSD: ____/____    _____ MIE: ____/____    _____    MID: ____/____    _____
<b>SISTEMA LINFÁTICO</b> Adenomegalias	Cabeça e Pescoço: Sub-occipitais Pré-auriculares Retro-auriculares Submentonianos Jugular anterior Jugular posterior Supraclaviculares Pré-trapézio MS: Axilares Epitrocleares

	MI: Inguinais Popliteus
<b>CABEÇA</b>	<u>OUVIDOS</u> Implantação, configuração dos pavilhões auriculares: Normal <input type="checkbox"/> Alterada <input type="checkbox"/> <hr/> Alterações do Canal Auditivo Externo: otorreia, otorragia, otalgia Palpação da região mastoideia dolorosa: S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Grau de audição: ↓ <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> ↑ <input type="checkbox"/> Otoscopia: Normal <input type="checkbox"/> Alterada <input type="checkbox"/> _____ Teste de Weber sem lateralização e teste de Rinne positivo  <u>ORL</u> Desvio da comissura labial: S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Lábios: Coloração ↓ <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> ↑ <input type="checkbox"/> Hidratação ↓ <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> ↑ <input type="checkbox"/> Ragadas S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Mucosa bucal: Coloração ↓ <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> ↑ <input type="checkbox"/> Hidratação ↓ <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> ↑ <input type="checkbox"/> Lesões S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Gengivas: Normal <input type="checkbox"/> Alteradas <input type="checkbox"/> _____ Dentição: Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> _____ Cáries <input type="checkbox"/> Língua: Húmida S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Papilada S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Movim. conservados S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Atrofia/Fasciculações/Lesões _____ Úvula centrada S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Amígdalas presentes S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Hálito: Incaract <input type="checkbox"/> Cetónico <input type="checkbox"/> Fétido <input type="checkbox"/> Urémico <input type="checkbox"/> Faetor hepático <input type="checkbox"/> Véu do palato: Mobilidade S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Simetria S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Orofaringe: Rinorreia posterior S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Hiperémia S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> <u>NARIZ</u> Implantação _____ Forma _____ Rinorreia anterior S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Permeabilidade Esq <input type="checkbox"/> Dta <input type="checkbox"/> Bilat <input type="checkbox"/> Palpação dos seios perinasais: Frontais _____ Maxilares _____
<b>PESCOÇO</b>	<u>INSPECCÃO</u> Forma                    massas                    pulsações                    cicatrizes Mobilidade: <b>Activa</b> ↓ <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> ↑ <input type="checkbox"/> <b>Passiva</b> ↓ <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> ↑ <input type="checkbox"/> Dor Distensão venosa (jugular) <u>PALPAÇÃO</u> Glândulas salivares: Normal <input type="checkbox"/> Alteradas <input type="checkbox"/> _____ Glândula Tiroideia: Normal <input type="checkbox"/> Alterada <input type="checkbox"/> _____ Laringe:            Centrada S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Móvel S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Tónus muscular Pulso Carotídeo <u>AUSCULTAÇÃO</u>

	Glândula Tiroideia: Normal <input type="checkbox"/> Alterada <input type="checkbox"/> _____ Sopros vasculares: S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
<b>EXAME NEUROLÓGICO SUMÁRIO</b>	ESTADO DE CONSCIÊNCIA E VIGILIDADE Normal <input type="checkbox"/> Alterado <input type="checkbox"/> ESTADO MENTAL Normal <input type="checkbox"/> Alterado <input type="checkbox"/>  <u>PARES CRANIANOS</u> <u>I</u> <u>II</u> Acuidade Visual ↓ <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> ↑ <input type="checkbox"/> Campos visuais ↓ <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> ↑ <input type="checkbox"/> Reflexos directo e consensual Normal <input type="checkbox"/> Alterado <input type="checkbox"/> Reflexo Acomodação Normal <input type="checkbox"/> Alterado <input type="checkbox"/> Fundoscopia _____
	<u>III, IV, VI</u> Ptose palpebral <input type="checkbox"/> Diplopia <input type="checkbox"/> Estrabismo <input type="checkbox"/> Convergente/ Divergente Nistagmo <input type="checkbox"/> Pupilas _____ Movimentos Oculares _____ <u>V</u> Sensibilidade dolorosa/térmica/táctil Reflexo Corneano N <input type="checkbox"/> Alt <input type="checkbox"/> Avaliação dos músculos mastigadores _____ Reflexo mentoniano Normal <input type="checkbox"/> Alterado <input type="checkbox"/> _____ <u>VII</u> Expressões da mímica Normais <input type="checkbox"/> Alteradas <input type="checkbox"/> _____ <u>VIII</u> Audição da Voz ciciada S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Romberg Normal <input type="checkbox"/> Alterado <input type="checkbox"/> _____ Marcha recta Normal <input type="checkbox"/> Alterada <input type="checkbox"/> _____ <u>IX</u> Deglutição Normal <input type="checkbox"/> Alterada <input type="checkbox"/> <u>X</u> Disartria <input type="checkbox"/> Fonação anormal <input type="checkbox"/> <u>XI</u> Mobilidade da cabeça e pescoço: ↓ <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> ↑ <input type="checkbox"/> Encolhe ombros contra resistência S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> <u>XII</u> Força da língua: ↓ <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> ↑ <input type="checkbox"/> Desvios da língua, tremor, atrofia, fasciculações  <u>CEREBELO</u> Dedo-nariz OA _____ OF _____ Calcanhar-joelho OA _____ OF _____ Nistagmo _____  <u>MOTOR</u> Força Muscular N <input type="checkbox"/> Alt <input type="checkbox"/> Movimentos Involuntários S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>

Tónus muscular N  Alt

Sinais meníngeos S  N  Laségue N  Alt

### **Resumo**

### **Hipóteses Diagnósticas**

### **Exames complementares de Diagnóstico**

### **Proposta Terapêutica**