

FICHA DE CONSULTA /ACOMPANHAMENTO DE ENFERMAGEM

Data:	Horário:	Nº da entrevista:
-------	----------	-------------------

I – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

1. Nome:	
2. Sexo/Gênero:	3. Data de Nasc:
4. Telefone para contato:	
5. Estado Civil:	
6. Número de filhos (Todos da mesma união?):	7. Em caso negativo, quantos da mesma união?
8. Até que série você cursou?	
10. Qual a sua ocupação?	
11. No momento, você está trabalhando?	
12. Você é Aposentado/Licenciado pelo INSS?	

II. HISTÓRIA PREGRESSA EM RELAÇÃO À SAÚDE MENTAL (Responda às questões a seguir conforme sua opinião, relacionadas com a história de doença mental em seus familiares).

2.1. Na sua família, você se lembra de alguém que teve algum tipo de doença mental? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim
Quem? <input style="width: 80%;" type="text"/>
2.2. Você recorda se ele(s)/ela(s) chegou a utilizar algum tipo de medicação para se tratar? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim
2.3. Poderia relatar, resumidamente, como e quando a sua doença começou?
2.4. E o que você fez? Procurou algum tipo de ajuda?
2.5. Você esteve alguma vez internado em instituição psiquiátrica?
2.6. Em caso positivo, quantas vezes?
2.7. Há quanto tempo você se trata? (Com ou sem medicação?)
2.8. Após o tratamento, voltou a ter sintomas? (Em caso positivo, quantas vezes ou quanto tempo após)
<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim
2.9. Em algum momento houve necessidade de se afastar de suas atividades em decorrência do seu estado de saúde?

III. QUEIXA PRINCIPAL (QP) (O motivo pelo qual o paciente recorre ao atendimento. Caso múltiplas queixas, registre se aquela que mais o incomoda. colocá-las entre aspas e nas palavras do paciente).

IV. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL (HDA) (sintomas mais significativos, a época em que começou o distúrbio; como vem se apresentando, sob que condições de melhora ou piora)

Instalação súbita ou progressiva?
Algum fato desencadeou?
Alguma alteração nos interesses, hábitos, comportamento ou personalidade?

V. HISTÓRIA PESSOAL (HP) (dados sobre a infância, educação, escolaridade, relacionamentos, aprendizado sobre sexo...)

De nascimento e desenvolvimento: gestação, parto, condições ao nascer, criança precoce ou lenta, dentição, deambulação, desenvolvimento da linguagem.

Sintomas neuróticos da infância: medos, terror noturno, sonambulismo, sonilóquio, tartamudez, enurese noturna, condutas impulsivas (agressão ou fuga), chupar o dedo ou chupeta, ser uma criança modelo, crises de nervosismo, tiques, roer unhas.

VIII. EXAME PSÍQUICO (EP) (relato feito pelo paciente, familiares ou acompanhante)
8.1. Impressão geral que o paciente causa no entrevistador
Aparência: tipo constitucional, condições de higiene pessoal, adequação do vestuário, cuidados pessoais.
Atividade psicomotora e comportamento: mímica – atitudes e movimentos expressivos da fisionomia (triste, alegre, ansioso, temeroso, desconfiado, esquivo, dramático, medroso, etc.); gesticulação (ausência ou exagero); motilidade – toda a capacidade motora (inquieta, imóvel, incapacidade de manter-se em um determinado local); deambulação – modo de caminhar (tenso, elástico, largado, amaneirado, encurvado, etc.).
Atitude para com o entrevistador: cooperativo, submisso, arrogante, desconfiado, apático, superior, irritado, indiferente, hostil, bem humorado, etc.
Atividade verbal: normalmente responsivo às deixas do entrevistador, não espontâneo (tipo pergunta e resposta), fala muito, exaltado ou pouco e taciturno.
8.2. Consciência
8.3. Orientação
a. Autopsíquica: paciente reconhece dados de identificação pessoal e sabe quem é;
b. Alopsíquica: paciente reconhece os dados fora do eu; no ambiente:
Temporal: dia, mês, ano em que está; em que parte do dia se localiza (manhã, tarde, noite);
Espacial: a espécie de lugar em que se encontra, para que serve; a cidade onde está; como chegou ao consultório;
Somatopsíquica: alterações do esquema corporal, como, por exemplo, os membros fantasmas dos amputados, negação de uma paralisia, a incapacidade de localizar o próprio nariz ou olhos...
8.4. Atenção (atividade mental sobre determinado ponto)
Normal/ euprossexia/ normovigilância
Hipervigilância/ Hipovigilância
Hipertenacidade (a atenção se adere em demasia a algum estímulo ou tóxico; concentração num estímulo) / Hipotenacidade (a atenção se afasta com demasiada rapidez do estímulo ou tóxico)
8.5. Memória.
8.6. Inteligência
8.7. Sensopercepção (capacidade de perceber e sentir)
a. “Acontece de você olhar para uma pessoa e achar que é outra?”;
b. “Já teve a impressão de ver pessoas onde apenas existam sombras ou uma disposição especial de objetos?”;
c. “Você se engana quanto ao tamanho dos objetos ou pessoas?”;
d. “Sente zumbidos nos ouvidos?”;
e. “Ouve vozes?” “O que dizem?” ;
f. “Dirigem-se diretamente a você ou se referem a você como ele ou ela?”;
g. “Falam mal de você?”; “Xingam?”; “De quê?”;
h. “Tem tido visões?”; “Como são?”;
i. “Vê pequenos animais correndo na parede ou fios?”;
g. “Sente pequenos animais correndo pelo corpo?”;
h. “Tem sentido cheiros estranhos?”.
8.8. Pensamento (investigação do curso, forma e conteúdo do pensamento)
a) Curso (velocidade com que o pensamento é expresso).
Fuga de idéias: paciente muda de assunto a todo instante, sem concluí-los ou dar continuidade, numa aceleração patológica do fluxo do pensamento; é a forma extrema do taquipsiquismo (comum na mania).
· Intercepção ou bloqueio: há uma interrupção brusca do que vinha falando e o paciente pode retomar o assunto como se não o tivesse interrompido (comum no esquizofrenia).
· Prolixidade: é um discurso detalhista, cheio de rodeios e repetições, com uma certa circunstancialidade; há introdução de temas e comentários não pertinentes ao que se está falando.
· Descarrilamento: há uma mudança súbita do que se está falando.
· Perseveração: há uma repetição dos mesmos conteúdos de pensamento (comum nas demências).

IX DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM (utilizar NANDA OU CIPE)

X PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM (utilizar NIC)

XI PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM (utilizar NOC)

(Assinatura e carimbo do Entrevistador)