

Anamnese

Conceitos básicos:

Sintoma – é uma sensação anormal, subjetiva, referida pelo paciente, não avaliada pelo examinador. Ex: dor, náusea.

Sinal – é um dado objetivo que pode ser observado pelo examinador. Ex: edema, palidez, cianose, tosse.

Síndrome – conjunto de sinais e sintomas que ocorrem de maneira associada.

Objetivo: a anamnese não é de uso pessoal e sim coletivo. Logo qualquer profissional de saúde ao lê-la deve ter compreensão e a possibilidade de emitir conclusões ou hipóteses diagnósticas.

Data:

Obs: Caso o paciente tenha limitação em fornecer informações (coma, desorientação) citar que a história foi coletada com o familiar, cuidador, vizinho) = FONTE

Identificação: Nome (ou iniciais se necessário sigilo), idade, sexo (Masculino/ Feminino), cor (branca, preta, amarela, parda), estado civil, naturalidade, profissão atual e anteriores, local de residência atual e anteriores, escolaridade, religião.

Exemplo: JSC, 53 anos, feminino, afrodescendente, casada, evangélica, ensino fundamental, incompleto, atualmente não trabalha, mas já trabalhou como doméstica e cozinheira, natural de MG, residente em São Gonçalo há 23 anos, RJ.

Queixa principal: Destaque a queixa principal (com as palavras do paciente). Exemplo: Tosse e catarro.

História da doença atual: O objetivo é relatar e caracterizar os sinais e sintomas existentes correlacionando-os num senso lógico, com princípio, meio e fim. Tem um objetivo claro, não sendo somente um relato do ocorrido com o paciente.

- Doenças atuais concomitantes devem ser citadas e o tratamento vigente mencionado. Exemplos:

Paciente com tosse produtiva amarelada há uma semana. Presença de febre de 38° C com calafrio há 24 horas, contínua cede com uso de dipirona oral. É portador de lúpus eritematoso em uso de prednisona 20mg/ dia e diabético tipo 2 em uso de metformina 1500mg/ dia.

Há dois dias iniciou diarreia líquida, amarelada e sem odor fétido, acompanhada de dor abdominal tipo cólica, de baixa intensidade, que aliviava após a evacuação. Apresentou cerca de 6 episódios por dia desde então. Hoje teve 3 episódios com as mesmas características. Nega sangue, muco, gordura nas fezes, febre, vômito e náuseas; uso de medicações ou alimentação que pudesse estar provocando a diarreia, bem como viagens recentes.

- Relate início dos sintomas, relações cronológicas, descrição clara, sistemática e sintética de cada problema clínico, elimine dados supérfluos, evite abreviaturas e textos longos, repetição de verbos ou frases.
- Evite negação de sintomas. Ser afirmativo.
- Descrição de medicamentos com o nome genérico evitar uso de marcas.
- Critérios obrigatórios: cronologia perfeita, riqueza de sinais e sintomas, uso de linguagem semiótica e sequência fisiopatológica. Estas informações possibilitam a construção da hipótese diagnóstica principal e secundária.

História patológica progressa - completa desde a infância. Quais as doenças, complicações que já teve ao longo da vida.

- Doenças na infância
- Infecções sexualmente transmissíveis
- Cirurgias, exposição à procedimentos anestésicos tópicos, regionais e gerais
- Traumas
- Internações
- Alergias alimentares e medicamentosas
- Hemorragias
- Hemotransfusões- causa
- Doenças anteriores- data do diagnóstico, evolução, complicações e tratamento
- Doenças crônicas- controle, complicações e tratamento
- Imunizações- de acordo com a faixa etária
- Consultas e exames médicos
- Uso de Medicamentos. Exemplo: uso de metformina e enalapril há 3 anos

Exemplo:

HPP:

- Varicela, caxumba e sarampo na infância; desconhece história vacinal
- DM desde 2003
- Câncer de mama em 1998
- Nega HAS, cardiopatia, outras comorbidades, alergias medicamentosas ou transfusão sanguínea
- Amigdalectomia aos 11 anos; Mastectomia mama esquerda em 1998 sem intercorrências; fratura de rádio direito em 2011 após queda da própria altura complicada com hiperemese no pós-operatório imediato
- Metformina 850mg 3x/dia.- Fez QT e RT em 1998 sem complicações (não sabe informar qual quimioterápico utilizou)

História fisiológica:

- Nascimento e desenvolvimento puberal e escolar.
- Vida sexual- sexarca, pubarca, telarca, preferências sexuais (sexo com homens, com mulheres), satisfação, número de parceiros por ano, uso de preservativo, frequência. Item por vezes constrangedor requerendo por vezes mais de uma entrevista. Respeitar o silêncio e a privacidade do paciente.
- Padrão de micção, evacuação.
- Padrão de sono

Mulher- História menstrual e gestacional, regularidade menstrual, menarca, sangramentos vaginais, dispareunia, prurido, uso de anticoncepcionais, menopausa.

Homem- Disfunção erétil, uso de remédios, descarga uretral.

Exemplo:

Hist. Fisiológica: - menarca aos 12 anos, - sexarca aos 18 anos, - menopausa aos 51 anos e três filhos, todos nascidos de parto vaginal; nega abortamento. Teve um parceiro sexual; sexo com homem, atualmente não usa nenhum método contraceptivo

História familiar: doenças acometendo pais e irmãos, filhos, esposa. Estão também incluídas pessoas que residem no mesmo ambiente e sem vínculo parental. Principalmente as doenças cardiovasculares, psiquiátricas, neoplásicas, pulmonares e autoimunes.

Exemplo: Hist Familiar:

- Mãe † DM, HAS, cardiopata; pai † faleceu aos 63 anos por AVC; 2 irmãs diabéticas, um irmão hipertenso e três filhos hígidos. Nega doença psiquiátrica na família.

História Social:

- Moradia- condições sanitárias e ambientais, contato com enchentes e ratos, abastecimento de água e esgoto, coleta de lixo, número de pessoas que residem na mesma moradia, número de cômodos.
- Animais domésticos e sua saúde.
- Viagens nos últimos seis meses.
- Hábitos de vida do paciente:
 - Entorpecentes— tipo, quantidade, duração, frequência, dependência e abstinência
 - Tabagismo passivo ou ativo-Carga tabágica (No de maços por dia x No de anos- maços/anos).
 - Alcoolismo – tipo, quantidade, duração, frequência, dependência e abstinência
 - Cardápio e frequência alimentar
 - Atividade física
 - Hábitos de higiene
 - Atividades diárias, de lazer
- Escolaridade- detalhes podem ser complementados aqui.
- Renda familiar.
- Trabalho- condições de trabalho, profissões anteriores- doenças ocupacionais.
- Relacionamento familiar.
- Percepção do paciente quanto à sua enfermidade.

Exemplo:

Habita em casa de alvenaria com saneamento básico, 5cômodos, residindo com marido e 2 filhos. Possui um cachorro e dois gatos.

Hábitos de vida: padrão de sono satisfatório, alimentação rica em carboidratos, ingesta de líquido satisfatória, evacua diariamente pela manhã, pratica caminhadas 3 vezes por semana. Nega tabagismo, etilismo ou uso de drogas ilícitas.

Bom relacionamento familiar. Aceita com resignação sua doença e encontra-se confiante no tratamento

Apresentar-se para o paciente= empatia
Jaleco
Ouvir sem criticar
Não usar celular à beira do leito
Respeite o limite do paciente
Evite escrever muito durante a entrevista- palavras chave, dados temporais
Linguagem médica – exceto na queixa principal
<p>Identificação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • * nome • * data de nascimento/idade • * sexo • * cor • * estado civil • * religião • * escolaridade • * profissão (atual e anteriores) • * naturalidade • * local de residência (perguntar se já morou em outros locais)
<p>Queixa principal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Procure identificar o principal sintoma que o levou a procurar atendimento. • Evitar “rótulos diagnósticos” ditos pelo paciente (ex: pressão alta, pedra nos rins) • Sintoma principal- Exemplo: dor nas costas por pedra nos rins • Linguajar do paciente
<p>História patológica pregressa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infância: doenças da infância (caxumba, varicela, sarampo, rubéola, difteria, coqueluche), história vacinal, doenças preexistentes: DM, HAS, Tuberculose, câncer, lúpus, enfisema, asma, ÍSTs. Determine a data do diagnóstico de cada uma das doenças • alergias: medicamentosa, alimentar • cirurgias e internações prévias; determinar a data • história transfusional; determinar a data • anotar medicamentos em uso (para cada doença que apresente atualmente); perguntar por medicamentos utilizados anteriormente.
<p>História Fisiológica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • história ginecológica: menarca, sexarca, ciclo menstrual, data da última menstruação, menopausa) • história obstétrica (número de filhos, tipo de parto, abortamento) • história sexual (número de parceiros, métodos anticoncepcionais, dificuldades) • padrão intestinal e miccional • sono
<ul style="list-style-type: none"> • História familiar: • perguntar sobre pais, avós, irmãos, filhos e cônjuge • sempre perguntar por: DM, HAS, cardiopatia, câncer, hemopatias
<p>História social:</p> <ul style="list-style-type: none"> • perguntar sobre condições de moradia, quantos cômodos, presença de saneamento básico,* quantas pessoas moram na casa, presença de animais de estimação. • padrão de sono ‡ sono satisfatório, insônia inicial, insônia terminal • alimentação e ingestão de líquidos ‡ alimentação balanceada, rica em carboidratos, rica em gordura, pobre em fibras, ingesta de líquido insuficiente ou satisfatória • prática de atividade física • tabagismo ‡ quantificar em maços/ano • etilismo ‡ tipo de bebida alcoólica, frequência • uso de drogas ilícitas • relacionamento familiar • vida laboral
<p>Revisão de sistemas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Geral: alteração do peso e apetite; fadiga (perda de energia); febre; astenia (perda de força). • Pele, mucosas e fâneros: queda de cabelo, feridas, foto-sensibilidade, unhas, petéquias, equimoses, cianose, icterícia. • Cabeça e pescoço • Olhos: diplopia (musculatura extra-ocular), perda da acuidade, dor ocular, “o olho vermelho”, defeito fixo (escotomas), uso de lentes corretivas. • Ouvidos: hipoacusia; secreção, zumbidos, tonturas e vertigens; uso de órtese. • Vestíbulo oro-gengival: língua, dentes, sangramentos, rouquidão. • Pescoço: rigidez, traumatismos, bócio, massas.

- Sistema respiratório- dispnéia, dor torácica, ruídos respiratórios, restrição funcional, tosse expectoração, hemoptise.
- Aparelho cardiovascular- angina, dispnéia, edema, cianose, palpitação, síncope.
- Aparelho gastrointestinal: mudanças de hábito intestinal, disfagia, vômito, hematêmese/ melena/ hematoquezia, ascite.
- Aparelho gênito-urinário:
- Alterações de volume- poliúria, oligúria, anúria.
- Alterações do aspecto- hematúria.
- Alterações do ritmo- nictúria, polaciúria.
- Alterações da micção- urgência ou retenção. Disúria.
- Alterações genitais- leucorréia, secreção uretral, leões cutâneas, disfunção erétil.
- Alterações do ciclo menstrual – alteração do padrão do ciclo menstrual oligo x polimenorréia/ hiper x hipomenorréia/ dismenorreia.
- Aparelho vascular: claudicação intermitente, varizes, flebites, isquemias agudas X crônicas, edemas.
- Aparelho músculo-esquelético: fraqueza, dor, rigidez, derrame articular, deformidade, limitação funcional.
- Sistema neurológico: cefaléia, convulsão Amaurose fugax”.Déficit de memória recente ou remota. Dificuldade de concentração.
- 11. Alterações psíquicas- alucinações visuais e auditivas, alterações do humor (euforia, tristeza, pensamentos suicidas, idéias delirantes, agressividade, pânico), onicofagia.

Revisão de sistemas

1. Geral: _____

2. Pele, mucosas e fâneros:

3. Cabeça e pescoço

4. Sistema respiratório

5. Aparelho cardiovascular

6. Aparelho gastrointestinal:

7. Aparelho gênito-urinário:

8. Aparelho vascular:

9. Aparelho músculo-esquelético:

10. Sistema neurológico:

11. Alterações psíquicas:

Lista de problemas:

Diagnóstico sintromico:

No futuro

Diagnóstico etiológico:
Solicitação de exames:
Tratamento proposto: