

Ficha de anamnese do idoso para a consulta de enfermagem

Folha de anamnese para a consulta de enfermagem à pessoa idosa, organizada pela capacidade funcional e não só pelas doenças. Os campos ficam em branco; as escalas que o serviço adota entram pelo nome, sem pontuação pré-impressa.

Identificação

Nome completo

Data de nascimento

Cartão do SUS ou convênio

Telefone da pessoa ou do responsável

Com quem mora

Escolaridade e ocupação anterior

Quem acompanha nesta consulta, e o vínculo

Quem responde pela pessoa, quando não é ela mesma

Data desta consulta

Enfermeiro responsável e Coren

Motivo da consulta e história

Motivo da consulta, nas palavras da pessoa ou de quem a acompanha

Condições de saúde em acompanhamento, e com quem

Internações e cirurgias, com o ano

Alergias referidas

Tudo o que a pessoa toma

Inclui o que veio em receita de qualquer profissional, o que a família comprou por conta própria, chá e suplemento. A coluna de quem orientou existe porque é o dado que some primeiro, e é o que permite conciliar a lista com os outros profissionais.

Medicamento, suplemento ou chá	Como toma	Desde quando	Quem orientou	Quem organiza em casa

Dificuldade relatada para tomar (engolir, lembrar, pagar, enxergar o rótulo)

Capacidade funcional

O que a pessoa faz sozinha, com ajuda parcial ou não faz. A escala que o serviço adota entra pelo nome, com o valor registrado; a folha não traz pontuação pré-impressa.

Atividade	Sozinha	Com ajuda	Não faz	Observação

Escala de capacidade funcional adotada pelo serviço, e valor registrado

Dispositivo de apoio em uso (bengala, andador, cadeira, órtese)

Quedas, sentidos e cognição, conforme relato

Quedas no último ano

☐ Nenhuma ☐ Uma ☐ Duas ou mais

Medo de cair, conforme relato

☐ Sim ☐ Não

Audição: dificuldade relatada e uso de aparelho

Como foi a última queda, e o que aconteceu depois

Visão: dificuldade relatada e uso de óculos

Memória, orientação e humor, conforme relato da pessoa e de quem acompanha

Escala de rastreio adotada pelo serviço, quando aplicada, e valor

Sono, apetite, eliminações e dor, conforme relato

Cuidador, casa e rede

Cuidador principal: nome, vínculo e disponibilidade

Sobrecarga do cuidador, conforme relato dele

Casa: escada, tapete, banheiro, iluminação, como relatado ou observado

Rede de apoio e serviços que a pessoa já usa

Sinais de violência ou negligência relatados ou percebidos

Registro do que foi relatado ou percebido. A conduta segue o fluxo do serviço.

Medidas e exame físico desta consulta

Pressão arterial (sentada e em pé, quando medida)

Frequência cardíaca

Peso e altura

Pele, mucosas e lesões, como observadas

Marcha e equilíbrio, como observados

Outros achados do exame físico

Plano de cuidado e continuidade

Diagnósticos de enfermagem desta consulta

Cuidados combinados com a pessoa e com o cuidador

Encaminhamento realizado, e para quem

Próxima consulta ou visita

Quem dá continuidade

Local, data e assinatura

Local e data

Assinatura e carimbo do enfermeiro, com Coren

Sobre este modelo

Modelo em branco. Esta folha não traz escala pontuada, critério de risco, valor de referência nem conduta: a escala que o serviço adota entra pelo nome, e o que se faz com a resposta é do enfermeiro que assina. Ela organiza a coleta de dados da consulta de enfermagem e não substitui a avaliação dos demais profissionais que acompanham a pessoa.

Modelo em branco para profissionais de saúde. Não traz conteúdo clínico preenchido, não sugere composição, volume nem via, e não substitui julgamento clínico nem a norma do conselho da sua profissão.