

SAE

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM I



Nome do paciente _____

Nome do médico _____

Telefone do paciente _____ Telefone da Liga _____

Liga de Hipertensão de _____



Dept. de Hipertensão Arterial
da Sociedade Brasileira de Cardiologia
Seção Ligas de Hipertensão

Prontuário _____ Ficha _____ Data ____ / ____ / ____

Identificação

Nome _____

Endereço _____

Bairro _____ Cidade _____ Estado _____ CEP _____

Telefone _____

Data de nasc.: ____ / ____ / ____ Idade _____ Sexo _____ Estado civil _____

RG: _____ Convênio _____

Escolaridade

Analfabeto

1º grau

Completo

Alfabetização rudimentar

2º grau

Incompleto

Superior

Condições socioeconômica

Ativo

Inativo

Aposentado

Dependente

Desempregado

Profissão _____

PA _____ Peso _____ kg Altura _____ m

Circunferência abdominal _____ Glicemia _____

Colesterol total _____ HDL _____

LDL _____ Triglicérides _____



Dept. de Hipertensão Arterial
da Sociedade Brasileira de Cardiologia
Seção Ligas de Hipertensão

Histórico da doença atual

Antecedentes pessoais

- Diabetes
- Cardiopatias
- Dislipidemias
- Tabagismo
- Etilismo
- Drogas
- Cirurgia anterior
- Alergia
- Vacina Especificar
- Terapia de reposição hormonal (TRH) Especificar
- Contraceptivo oral
- Outras doenças

Medicação em uso

Controle: Médico Farmácia Caseiro Outros

Antecedentes familiares

Alguma pessoa da família com PA alta? Sim Não Ignorado

Grau de parentesco: _____

Início da doença: _____ Início do tratamento: _____

Exame físico – Enfermagem

Realizado em: ____ / ____ / ____ Hora: ____ h ____

Responsável: _____



Cardiovascular

Ritmo cardíaco: Regular Irregular

Pulso	D	E	Pulso	D	E
Carotídeos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Femorais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Braquiais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Poplíteos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radiais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pediosos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pulsos: **A:** ausente; **C:** cheio; **F:** filiforme

Perfusão periférica: Boa Diminuída

Obs.: _____

Pressão arterial

Horário: _____ h _____

MSD (mmHg): _____

MSE (mmHg): _____

Obs.: _____

Postura Sentado Deitado Em pé

FC (bpm) _____

Avaliação do risco coronário

Integridade cutânea/mucosa (edemas, lesões, manchas, cicatrizes)

Dor Sim Não

Local: _____

Tipo: _____

Intensidade: _____



Dept. de Hipertensão Arterial
 da Sociedade Brasileira de Cardiologia
 Seção Ligas de Hipertensão

Glicemia

Jejum: _____

Capilar: _____

Pós-prandial: _____

Peso: _____ kg Altura: _____ m

IMC (Índice de massa corpórea): _____ Peso ideal: _____ kg

Hospitalização/cirurgia(s)

Prescrição Enfermagem (verificar, comunicar, encaminhar, controlar)

Evolução de Enfermagem



