

# SAE

## SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM II

---



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 com diabetes, dislipidemias e hipertensão arterial?     Sim     Não     Ignorado

Se sim, qual(is)? \_\_\_\_\_

Grau de parentesco: \_\_\_\_\_

Início da doença: \_\_\_\_\_ Início do tratamento: \_\_\_\_\_

### Complicações presentes

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dormência dos membros inferiores | <input type="checkbox"/> Cardiopatias                         |
| <input type="checkbox"/> Hipertensão arterial             | <input type="checkbox"/> Impotência sexual (disfunção erétil) |
| <input type="checkbox"/> Retinopatia diabética            | <input type="checkbox"/> Insuficiência renal                  |



**Exame físico – Enfermagem**

Realizado em: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_ h \_\_\_\_

Responsável: \_\_\_\_\_

**Diabetes**

Perfusão periférica  Boa  Diminuída

<b>Pulso</b>	<b>D</b>	<b>E</b>	<b>Pulso</b>	<b>D</b>	<b>E</b>
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

**Presença de pé diabético**  Sim  Não

Localização: \_\_\_\_\_

**Presença de úlceras**  Sim  Não

Localizar: \_\_\_\_\_

**Dor**  Sim  Não

Local: \_\_\_\_\_

Tipo: \_\_\_\_\_

Intensidade: \_\_\_\_\_

**Pressão arterial**

Horário: \_\_\_\_ h \_\_\_\_

MSD (mmHg): \_\_\_\_\_

MSE (mmHg): \_\_\_\_\_

Obs.: \_\_\_\_\_

Postura  Sentado  Deitado  Em pé

FC (bpm) \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_



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

**Se faz uso de insulina**  Sim  Não

Especificar: \_\_\_\_\_

### Auto-aplicar

Especificação: \_\_\_\_\_

Horário da aplicação \_\_\_\_\_

Orientação prévia  Sim  Não

**Programa educacional** \_\_\_\_\_

**Hipoglicemiante oral**  Sim  Não

Qual(is)? Especificar. \_\_\_\_\_

**Automonitorização**  Sim  Não

Horários: \_\_\_\_\_

Frequência: \_\_\_\_\_

**Anotações**  Sim  Não

### Glicemia

Jejum: \_\_\_\_\_ mg/dl \_\_\_\_\_

Capilar: \_\_\_\_\_ mg/dl \_\_\_\_\_

Teste de tolerância à glicose (TTG): \_\_\_\_\_

Glicosúria: \_\_\_\_\_

Cetonúria: \_\_\_\_\_

Pós-prandial: \_\_\_\_\_ mg/dl \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_ kg      Altura: \_\_\_\_\_ m

IMC (Índice de massa corpórea): \_\_\_\_\_      Peso ideal: \_\_\_\_\_ kg

### Avaliação, prevenção e intervenção no pé em risco

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



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

**Encaminhamento (serviço de podologia)** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Hospitalização/cirurgia(s)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Prescrição Enfermagem** (verificar, comunicar, encaminhar, controlar)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Evolução de Enfermagem**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Diagnóstico de enfermagem** (sinais e sintomas → identificação das necessidades → assistência)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Acompanhamento das feridas** \_\_\_\_\_

Evolução \_\_\_\_\_

Prescrição \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ass. \_\_\_\_\_ COREN \_\_\_\_\_

Fonte: Conselho regional de enfermagem de São Paulo (SAE – Sistematização da assistência de enfermagem)



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