

Avaliação de Enfermagem

R:

Sexo: Masculino Feminino

Idade:

Profissão:

Situação profissional:

Habilitações Literárias:

Tipo de Habitação:

Hab. Social

Própria

Arrendada

Cedida

Número do agregado familiar:

Algum Membro da família Dependente?

Sim

Não

Tem apoio domiciliário? *Sim* *Não*

Família com filhos:

Pequenos

Na Escola

Adolescentes

Adultos

Necessidades Identificadas:

Antecedentes Pessoais:

Medicação Habitual:

Sinais Vitais:

TA: mm/hg

FC: bpm

Temp. °C

Alimentação

N.º Refeições diárias:

Alterações a implementar:

IMC:

Glicemia:

mm/Hg

Saúde OralCáries Sim Não Próteses Sim Não

Outros Problemas: _____

Plano Nacional de VacinaçãoPNV actualizado ? Sim Não **Planeamento Familiar**Acompanhada na Consulta de Planeamento Familiar na USF? Sim Não Grávida ? Sim Não Uso de Contraceptivos? Sim Não **Contraceptivo utilizado?**

Anticoncepcional oral	<input type="checkbox"/>
Anticoncepcional injectável	<input type="checkbox"/>
Anel vaginal	<input type="checkbox"/>
Implante intra dérmico	<input type="checkbox"/>
Adesivo transdérmico	<input type="checkbox"/>
Cirúrgico	<input type="checkbox"/>
Espemicidas	<input type="checkbox"/>
Preservativo	<input type="checkbox"/>

SonoInsónia Sim Não Dificuldade em adormecer Sim Não

Outros Problemas: _____

