

ANAMNESE E DESCRIÇÃO DE EXAME FÍSICO NORMAL Paula Novais

ANAMNESE

IDENTIFICAÇÃO: abreviação do nome e sobrenome, idade, sexo, cor, estado civil, profissão, naturalidade, residência.

QP

Usar queixa principal (O que trouxe o senhor aqui?) com as palavras do paciente (colocar entre aspas)

HDA história da doença atual

Para facilitar e direcionar a história; iniciar com a pergunta; o senhor estava bem até quando?

Começar a história da seguinte maneira: “paciente relata que há cerca de anos/meses/ dias iniciou quadro de ...”

(então começa a descrever e dar todas as características de todos os sintomas, em ordem cronológica)

Evoluiu com... até o dia atual.

“atualmente” apresentando ainda mesmas queixas...ou

melhora do quadro ou sintoma tal após início de em uso de:....

(descrever medicações em uso pelo paciente no

Momento. Lembrar de dar preferência aos nomes das substâncias e não aos nomes comerciais)

OBS: Se o paciente for portador de doença crônica pode começar a história

Dizendo EX: paciente de tantos anos portador de diabetes mellitus

diagnosticado há cerca de 15 anos relata quadro de início há cerca de 1 semana de febre vespertina (não aferida), tosse produtiva com expectoração amarelada e queda do estado geral.

Na descrição de cada sintoma não esquecer de: tempo de instalação, graduação de intensidade (se dor pedir para graduar em uma escala de 0-10), horários preferenciais (ex: vespertino? Noturno?), fatores desencadeantes, fatores atenuantes e evolução...

No final: Colocar todos os “negas” pertinentes

EX: se a queixa é tosse tem que negar febre, dispnéia, contato com pacientes com tuberculose...

ANAMNESE DIRIGIDA

Perguntas gerais sobre todos os sistemas:

déficits visuais ou auditivos

queixas urinárias ou ginecológicas

hábito intestinal

nao

OBS: Se houver alguma queixa que pode ter haver com a HDA vai lá em cima não na AD

H. PATOLÓGICA PREGRESSA (ou história da pessoa)

Perguntar sobre as doenças e intercorrências médicas comuns:

DCI, HAS, DM, Internações, Cirurgias, DST, Transfusão sanguínea, alergias

Se houver algum dado positivo colocar em ordem cronológica.

Os negas vem no final

H. FISIOLÓGICA

Parto que nasceu, crescimento e desenvolvimento. Sexarca

No caso das mulheres: menarca, ciclos menstruais, menopausa.

Gesta e Para (G? / P? / A?) se aborto colocar se foi espontâneo ou provocado.

(se aborto espontâneo perguntarem que trimestre)

Vacinação

H. SOCIAL

Hábitos sexuais, Hábitos alimentares, tabagismo, etilismo, drogas, saneamento básico, hábitos de higiene, água potável, relação com familiares, nível de stress no trabalho e pessoal.

H. FAMILIAR

Perguntar sobre as doenças crônicas e neoplasias

Perguntar especificamente sobre os pais, irmão e filhos.

HAS, DM, neoplasias, dislipidemia, doença coronariana, AVC não pode faltar

Perguntar se tem alguém na família ou que mora junto (em caso de doenças possivelmente infecciosas) que apresenta os mesmos sintomas

exame físico

ECTOSCOPIA

Lúcido e orientado no tempo e no espaço. Ativo e colaborativo. Postura atípica. Corado, hidratado, eupnêico, acianótico, anictérico e apirético.

Bom estado geral e nutricional.

Fascies atípica/ enchimento capilar satisfatório

SINAIS VITAIS

PA/ FC/ FR/ Tax/ Peso/ Altura/ IMC

pressão arterial
freq cardíaca
freq respiratória
temperatura axilar

EXAME FÍSICO CABEÇA E PESCOÇO:

Crânio normocéfalo. Ausência de movimentos involuntários

Ausência de retrações, cicatrizes e abaulamentos no couro cabeludo.

Cabelos com implantação normal e sem infestações parasitárias.

Implantação das sobrancelhas normal.

Face simétrica com mímica preservada. Ausência de lesões de pele.

Implantação de olhos, nariz e orelhas normais.

Ausência de alterações em globo ocular. Movimentos oculares preservados.

Abertura palpebral normal. Pupilas isocóricas e fotoreagentes. Reflexo

fotomotor direto e consensual preservados.

Pavilhão auricular e conduto auditivo externo sem lesões ou secreções.

Narinas e vestíbulo nasal sem alterações

Lábios, língua, gengiva e mucosa jugal sem alterações.

Dentes em bom estado de conservação.

Pescoço com mobilidade ativa e passiva normais.

Ausência de lesões ou linfadenomegalias.

Tireóide de tamanho normal, indolor, sem nódulos, móvel à deglutição e sem sopros.

Mobilidade da traquéia normal.

Ausência de sopros carotídeos ou TJP.

EXAME FÍSICO DO AP.RESPIRATÓRIO

Tórax atípico, eupnêico, sem esforço respiratório (tiragens ou uso de musculatura acessória)
Expansibilidade preservada bilateralmente. FTV uniformemente palpável bilateralmente.
Som claro atimpânico à percussão.
Múrmurio vesicular universalmente audível s/ ruídos adventícios (MVUA s/ RA).

EXAME FÍSICO DO AP. CARDIOVASCULAR

Precórdio normodinâmico.
Ictus de VE invisível, palpável em em 5º EIC na LHCE medindo cerca de 2 polpas digitais, não propulsivo. Ausência de atritos.
RCR 2T c/ BNF. Ausência de sopros ou extrassístoles.
Ausência de turgência de jugular patológica (TJP)
Pulsos arteriais periféricos simétricos, sincrônicos e com boa amplitude.

EXAME FÍSICO DO ABDOME

Abdome plano, sem lesões de pele, cicatrizes, circulação colateral ou hérnias.
Pulsões arteriais e peristalse não identificáveis à inspeção.
Peristalse normal presente nos quatro quadrantes e ausência de sopros em focos arteriais abdominais.
Hepatimetria medindo cerca de 10 cm (lobo direito).
Traube livre. Ausência de hipertimpanismo difuso ou maciez em flancos.
Fígado e baço impalpáveis. Abdome indolor à palpação superficial e profunda (colocar: “sem sinais de irritação peritoneal” em casos de queixas agudas importantes) Ausência de massas.

EXAME FÍSICO DO AP. OSTEOARTICULAR

Mobilidade ativa e passiva das articulações preservadas, sem dor ou crepitações.
Ausência de sinais flogísticos ou deformidades articulares.

EXAME FÍSICO DOS MEMBROS

Ausência de edema, lesões de pele, sinais de insuficiência venosa ou arterial.
Panturrilhas livres.

Pulsos periféricos palpáveis simétricos e amplos.

EXAME FÍSICO NEUROLÓGICO

Lúcido e orientado no tempo e no espaço. Ausência de déficits cognitivos.

Marcha atípica.

Estática sem anormalidades. Sinal de Romberg ausente.

Força muscular preservada e simétrica em todos os grupos musculares (grau 5).

Manobras de Mingazzini e Barré sem alterações

Tônus preservado sem alterações avaliados com manobras de extensão, flexão e rolamento. Ausência de miofasciculações.

Ausência de disdiadococinesia, disartria, dismetria, ataxia e tremores às manobras de coordenação.

Reflexos profundos e superficiais presentes sem alterações (++)/4). Babinski ausente.

Sensibilidade térmica, dolorosa, tátil, vibratória e proprioceptiva presente em todos os dermatômos. Capacidade de Palestesia, discriminação entre dois pontos, estereognosia e grafestesia preservada.

Exame dos pares cranianos sem alterações.

I: boa distinção de odores característicos em ambas as narinas

II: campimetria e acuidade visual aparentemente normais. Fundoscopia sem alterações aparentes. Pupilas isocóricas com reflexo pupilar direto e consensual normais.

III, IV, VI: mobilidade ocular e reflexos fotomotores (direto e consensual) preservados

V: sensibilidade na face preservada nos três ramos.

Musculatura de Pterigóides, masseter e temporal normais à palpação e movimentação. Reflexo do vômito preservado

VII: Mímica facial normal. Gustação posterior da língua preservada.

Reflexo córneo-palpebral presente.

VIII: Manobra de Romberg ausente. Teste de Rinner e Weber sem alterações indicativas de déficit de condução sensorial ou auditiva

IX úvula e palato centrados. Gustação anterior da língua preservada.

X: Ausência de disfonia. Úvula e palato centrados. . Reflexo do vômito preservado.

XI: Força grau 5 em musculatura do ECOM e de trapaézio.

XII: movimentos da língua preservados

Ausência de sinais de irritação meníngea.