

Universidade de São Paulo

ROTEIRO
DE
ANAMNESE

Curso de Medicina de Bauru

2018

Roteiro de anamnese

IDENTIFICAÇÃO:

Nome completo, idade, sexo, cor, nacionalidade e naturalidade, estado civil, profissão e endereço atual. Procedência (próxima e remota). Data do atendimento.

QUEIXA PRINCIPAL E DURAÇÃO (Q.D.):

Anote a queixa principal utilizando as palavras do paciente / informante e discrimine a duração dos sintomas de forma mais objetiva possível. (ex: dor de cabeça há 2 dias; dor no peito e tosse há 1 semana).

HISTÓRIA DA MOLÉSTIA ATUAL (H.M.A.)

Deve-se realizar uma narrativa pormenorizada e organizada descrevendo a queixa principal feita pelo paciente, **utilizando termos técnicos**. A caracterização da queixa: **cronologia** (início, duração, **tipo de início**, evolução), **localização corporal** (origem, grau de profundidade, irradiação, delimitações), **qualidade** (sensação, aspecto físico do fenômeno), **quantidade** (frequência, duração, intensidade), **circunstâncias** (condições externas que podem influenciar, poluição, ruídos, substâncias tóxicas), **fatores agravantes ou atenuantes**, identificar situações ou fatores que possam desencadear ou agravar o quadro (atividades, alimentos, drogas, substâncias), ou fatores que possam atenuar os sinais e sintomas (posições, medicações, etc.), **manifestações associadas**. Acrescente os sintomas e informações que julgar possam estar associados a etiologia da queixa principal. Incluir o passado mórbido do aparelho acometido e repercussão sobre o estado geral (disposição, capacidade de trabalho, perda de peso, febre, anorexia, estado psíquico. Colocar exames complementares e tratamentos anteriores realizados. Evitar interpretações diagnósticas prévias!)

HISTÓRIA MÉDICA PREGRESSA (ANTECEDENTES PESSOAIS)

Devem constar dados sobre: **condições de nascimento e desenvolvimento** (parto, aleitamento, dentição, **deambulação**, fala, aprendizado escolar), **passado mórbido** (referir todas as doenças desde o nascimento até a moléstia atual, inclusive cirurgias, hospitalizações, exames laboratoriais realizados e traumatismos). **Menarca, ciclo menstrual** (duração, quantidade, intervalo). **Condições de vida** (tipo de trabalho, remuneração, alimentação, habitação, condições sanitárias). **Hábitos** (fumo, tóxico, álcool imunizações sono, hábitos alimentares, fatores de risco). **Medicamentos** (idagar sobre o tipo, dose, resposta terapêutica e reações indesejadas).

HISTÓRIA FAMILIAR (ANTECEDENTES FAMILIARES)

Estado de saúde em condições de vida dos pais, irmãos, cônjuge e filhos e avós. Causa mortis dos falecimentos. Outros casos de doença semelhante à do paciente. Doenças de incidência múltipla na família. Referir no final da anamnese o grau de confiança que merecem as informações do paciente.

INTERROGATÓRIO SOBRE OS DIVERSOS APARELHOS (I.D.A.):

Interrogatório sobre todos os outros aparelhos, relacionando os dados obtidos com a evolução da doença atual sempre que possível.

Cabeça:

cefaleia, vertigens, tonturas, deformidades, traumas, dor em projeção dos seios da face

Olhos:

edema palpebral, acuidade visual, dor no globo ocular, deformidade no globo ocular, estrabismo, eritema conjuntival, hemorragia conjuntival, lacrimejamento, fotofobias, escotomas, diplopia, hemianopsias, amaurose

Nariz:

obstrução nasal, rinorreia, epistaxe, espirros em salvas, prurido, lesões, olfação

Roteiro de anamnese

Ouvidos:

otalgia (dor), otorreia (secreção), otorragia, prurido auricular, deformidade auricular, lesões no pavilhão auricular, zumbido, acuidade auditiva

Boca e Garganta:

paladar, halitose, sialorreia, sialoquiese, mastigação, deglutição, lesões na língua, palato e mucosa oral, deformidade no palato, odontalgia, número de dentes, dor e edema gengival, hemorragia gengival, odinofagia (dor), rouquidão, dislalia, disfonia, afonia, dor torácica, tosse, expectoração, hemoptise, vômito, palpitações, dispnéia, cianose, edema

Aparelho cardiorrespiratório:

Aparelho digestivo:

apetite, digestão, disfagia, odinofagia, dor, náuseas, vômito, hematêmese, eructação, caracteres das fezes, diarreia, disenteria, melena, enterorragia, prisão de ventre, constipação, tenesmo, flatulência, icterícia

Aparelho genito-urinário:

dores, disúria, polaciúria, oligúria, anúria, poliúria, nictúria, incontinência, hematúria. Corrimento uretral (e vaginal), potência sexual, frigidez

Sistema linfo-hemetopoiético:

nódulos cutâneos (crescimento ganglionar, anemia, manchas roxas (hematomas), sangramentos, infecções frequentes

Sistema endócrino-vegetativo:

crescimento e desenvolvimento, aparecimento de pêlos, polidipsia, e poliúria, intolerância ao frio e ao calor, bócio, fraturas espontâneas, deformidades ósseas

Sistema nervoso:

nervosismo, insônia, vertigens, tremores, convulsões, parestesias, paralisias

Aparelho locomotor:

dor e espasmos musculares, claudicação intermitente, fraqueza muscular. Dores ósseas (membros, coluna). Manifestações articulares (dor, calor, rubor, aumento de volume, deficiência funcional, rigidez matinal, deformações).

EXAME FÍSICO GERAL

Aspecto físico geral:

estado nutricional, fâcies, atitude [ativa, passiva, ou forçada (antálgica, opistótono, ortopnéia, genu-peitoral, etc)]. Decúbito preferencial na doença (dorsal ou supino), ventral ou prona, lateral. Febre, variações no peso corporal, astenia, inapetência, alterações na atividade física, humor e sono

Pele:

Presença de alterações: coloração (normal, pálida, icterícia, cianótica, etc.), temperatura, turgor, umidade (seca, úmida), elasticidade, sensibilidade, máculas (manchas), pápulas, vesículas, nódulos, tubérculos, xantomas, petéquias, textura e lesões. Prurido, dor, ardor, anestesia, hipoestesia.

Anexos:

Pelos e cabelos: textura, espessura, brilho, cor, distribuição e quantidade; ***Unhas:*** alterações na superfície, espessura, forma, cor, lesões no leito ungueal; ***Sudorese:*** alteração na quantidade, localização cor e odor

Subcutâneo:

grau de desenvolvimento do pânículo adiposo (escasso, normal, abundante), distribuição do tecido adiposo, alterações no volume, edema (localização, grau de + a ++++, coloração, temperatura, sensibilidade), turgor, localização, elasticidade e mobilidade, presença de nódulos, circulação colateral (localização, sentido da corrente, tipo)

Gânglios linfáticos:

gânglios palpáveis (sede, número, tamanho, forma, consistência, sensibilidade, coalescência, mobilidade, fistulização)

Roteiro de anamnese

Mucosas:

Umidade, coloração, pigmentos anormais, petéquias textura e presença de lesões

Osteomuscular:

Ossos: deformidade óssea, dor óssea localizada, fraturas espontâneas ou provocadas. **Articulação:** edema capsular e ligamentar, edema intra-articular, artralgia, flogoses articulares, deficiência articular, rigidez matinal. **Músculo:** tonacidade e trofismo (hipo, hiper ou atrofia), mialgia, alterações no volume e distribuição muscular, câimbras, espasmos musculares, fraquezas localizadas, dores localizadas. **Generalizado:** vício postural, deformidade de membros, alterações na marcha, claudicação intermitente

Peso:

Altura:

Temperatura:

P.A.:

Pulso:

Frequência respiratória:

Exame físico específico

Cabeça:

Crânio:

Olhos:

simetria, exostoses, pontos dolorosos, couro cabeludo, cicatrizes pálpebras (ptose, lagofalmo, edema, inflamação, xantelasma). Globos oculares (exoftalmia, enoftalmia, estrabismo, nistagmo). Conjuntivas (cor, umidade, hemorragias). Escleróticas. Íris, pupilas (isso ou anisocoria, reflexos à luz, consensual e de acomodação).

Nariz:

deformações, desvio de septo. Corrimento. Batimento das asas do nariz

Ouvido:

deformações do pavilhão. Corrimento (secreção).

Seio da face e mastóide:

dor à pressão e a percussão (mastóide)

Boca:

lábios. Gengivas (gengivite tartárica, piorrêa, pigmentação). Dentes (falhas, raízes prótese). Língua (coloração, papilas, saburra, desvio, tremores, impressões dentárias). Hálito (cetônico, amoniacal, pútrido, alcoólico, etc.)

Orofaringe:

cor, exsudatos, amígdalas (volume, hiperemia, exsudatos).

Pescoço:

forma e volume. Relevos musculares. pulsações arteriais e venosas. Estase jugular. Pulso venoso. Glândula tireóide (forma, consistência, superfície, sensibilidade, sopros) aorta na fúrcula.

Tórax:

Aparelho Respiratório:

Inspeção estática:

Formas do tórax. Abaulamentos e retrações. Condições das partes moles e do arcabouço ósseo. Descrição comparativa das regiões simétricas de ambos os hemitórax (faces anterior, posterior e laterais).

Inspeção dinâmica:

Tipo, frequência e ritmo respiratório. Expansão respiratória. Amplitude e sua regularidade. Retração inspiratória (tiragem). Cornagem. Abaulamentos expiratórios.

Roteiro de anamnese

Palpação:

Condições das partes moles e do arcabouço ósseo (edema, enfisema subcutâneo, atrofia e contraturas musculares, sensibilidade). Elasticidade torácica. Expansão ventilatória. Frêmito tóraco-vocal. “Frêmito brônquico e pleural”.

Percussão:

limitante ou topográfica. Simétrica ou comparada. Mobilidade dos limites pulmonares. Percussão da coluna, clavículas e esterno.

Ausculta:

Som traqueal, som brônquio vesicular, murmúrio vesicular. Ausculta da voz (broncofonia, pectorilóquia fônica e afônica e egofonia). Ausculta e percussão combinadas. Ruídos adventícios (anormais): Crepitações finas e bolhosas, roncos, sibilos, estridor, sopros (tubário, cavernoso), atrito pleural.

Aparelho Circulatório:

Precórdio:

Inspeção:

Deformidades (abaulamentos e depressões). Choque da ponta (ictus) (Sede, extensão, intensidade, forma, mobilidade, ritmo). Pulsações e retrações precordiais e epigástricas.

Palpação:

caracteres do ictus (reverificação dos dados de inspeção). Impulsividade do choque. Frêmitos (sede, fase da revolução cardíaca, intensidade) as vibrações valvulares.

Percussão:

limites da macicez relativa.

Ausculta:

Ritmo cardíaco, Bulhas (intensidade, timbre, número, desdobramentos). Ruídos anormais (sede, fase da revolução cardíaca, intensidade, altura, timbre e propagação).

Artérias:

Decurso, elasticidade, superfície. Pulsos radicais (frequência, intensidade, amplitude). Pulsos femoral, poplíteo, tibial posterior e pedioso. Comparação bilateral dos pulsos quanto a amplitude e sincronismo.

Pressão arterial (membros superiores e inferiores)

Abdome:

Inspeção:

forma, abaulamento e depressões. Peristaltismo visível. Circulação colateral. Cicatrizes

Ausculta:

Ruídos hidro-aéreos. Sopros

Percussão:

Timpanismo, macicez. Sinais de ascite.

Palpação superficial:

condições da parede, tonicidade, sensibilidade.

Profunda e deslizante:

Palpação dos segmentos do tubo gastrointestinal e de massas anormais (sede, forma, consistência, dimensões, mobilidade, sensibilidade).

Fígado:

percussão e palpação. Caracteres: tamanho, consistência, superfície, borda, sensibilidade. Pulso hepático.

Baço:

percussão e palpação. Caracteres.

Rins:

Palpação. Percussão das regiões lombares

Períneo:

Anus e reto:

inspeção (prolapso, hemorróidas, fistula, fissuras). Toque retal.

Genitais externos:

inspeção e palpação. Toque vaginal.

Coluna:

Roteiro de anamnese

Inspeção:

Forma. Curvaturas anormais. Mobilidade (flexão, extensão, movimentos de lateralidade, rotação) dor aos movimentos.

Percussão e manobra de compressão: dor ao longo das apófises espinhosas e articulações sacro-ilíacas.

Membros:

Condições das partes moles, ossos e articulações (deformações, inflamação, limitação dos movimentos).

Sistema Nervoso:

Exames psíquicos:

fácies e atitudes. Equilíbrio (estático sinal de Romberg, dinâmico – marcha)

Motricidade voluntária. Força muscular. Coordenação dos movimentos:

movimentação passiva: estado das articulações e tônus muscular. Reflexos: profundos (aquileu, patelar, estilo-radial, bicipal, tricipal) e superficial (cutâneo-plantar, cremastérico, cutâneo-abdominais).

Sensibilidade:

superficial (táctil, térmica e dolorosa) e profunda (segmentar, visceral, dolorosa á palpação profunda, vibratória, barestésica e esterognóstica. Manobra de Lasegue.

Sinais meníngeos.

Rigidez da nuca, sinais de Kernig e Brudzinski.

Roteiro de anamnese

Anamnese padrão

Data do atendimento: ____/____/____

Etapa do Curso: ____

ID: Nome, idade, sexo, raça, religião, naturalidade, procedência, estado civil, filhos, profissão.

QD: Queixa principal e duração.

(apenas uma queixa, o mais objetivo possível, utilizando as palavras do paciente, do início até a chegada no hospital).

HMA: A caracterização da queixa: **cronologia** (início, duração, tipo de início, evolução), **localização corporal** (origem, grau de profundidade, irradiação, delimitações), **qualidade** (sensação, aspecto físico do fenômeno), **quantidade** (frequência, duração, intensidade), **circunstâncias** (condições externas que podem influenciar, poluição, ruídos, substâncias tóxicas), **fatores agravantes ou atenuantes**, identificar situações ou fatores que possam desencadear ou agravar o quadro (atividades, alimentos, drogas, substâncias), ou fatores que possam atenuar os sinais e sintomas (posições, medicações, etc.), **manifestações associadas**. Acrescente os sintomas e informações que julgar possam estar associados a etiologia da queixa principal. Incluir o passado mórbido do aparelho acometido e repercussão sobre o estado geral (disposição, capacidade de trabalho, perda de peso, febre, anorexia, estado psíquico). Colocar exames complementares e tratamentos anteriores realizados e caracterizar individualmente cada sintoma, se o paciente apresentar múltiplos sintomas.

AP: Antecedentes fisiológicos (condições de nascimento e desenvolvimento, *se paciente do sexo feminino: gestações, partos, abortos, menarca, uso de contraceptivos, características menstruais, duração, quantidade e intervalo*), **Antecedentes patológicos** (doenças desde o nascimento, cirurgias, hospitalizações, exames laboratoriais realizados, traumatismos, alergias, imunizações), **Condições de vida** (tipo de trabalho, remuneração, alimentação, habitação, condições sanitárias), **Hábitos** (fumo, tóxicos, álcool, sono, humor, hábitos alimentares), **Medicamentos** (indagar sobre o tipo, dose, resposta terapêutica e reações indesejadas, alergias).

AF: Estado de saúde em condições de vida dos pais, irmãos, cônjuge (em situações especiais onde há envolvimento de doenças infecto contagiosas) e filhos e avós. Causa mortis e idade dos falecidos. Outros casos de doença semelhante à do paciente. Doenças de incidência múltipla na família. Referir no final da anamnese o grau de confiança que merecem as informações do paciente

IDA: Pele e Fâneros: sensibilidade, sudorese, temperatura, manchas, prurido, palidez, lesões elementares, queda de cabelos/pelos, pelos (distribuição e quantidade), unhas (cor, forma e espessura).

Cabeça: cefaleia, vertigens, tonturas, deformidades, traumas, dor em projeção dos seios da face.

Olhos: edema palpebral, acuidade visual, dor no globo ocular, deformidade no globo ocular, estrabismo, eritema conjuntival, hemorragia conjuntival, lacrimejamento, fotofobias, escotomas, diplopia, hemi-anopsias, amaurose.

Nariz: obstrução nasal, rinorreia, epistaxe, espirros em salvas, prurido, lesões, olfação.

Ouvidos: otalgia (dor), otorreia (secreção), otorragia, prurido auricular, deformidade auricular, lesões no pavilhão auricular, zumbido, acuidade auditiva.

Roteiro de anamnese

Boca e Garganta: paladar, halitose, sialorreia, sialoquiese, mastigação, deglutição, lesões na língua, palato e mucosa oral, deformidades no palato, odontalgia, número de dentes, dor e edema gengival, hemorragia gengival, odinofagia (dor), rouquidão, dislalia, disfonia, afonia.

Aparelho Cárdio Respiratório: dor torácica, tosse, expectoração, hemoptise, vômito, palpitações, dispneia, cianose, edema.

Aparelho Digestivo: apetite, digestão, disfagia, odinofagia, dor, náuseas, vômito, hematêmese, eructação, caracteres das fezes, diarreia, disenteria, melena, enterorragia, prisão de ventre, constipação, tenesmo, flatulência, icterícia.

Aparelho Genito-urinário: dores, disúria, polaciúria, oligúria, anúria, poliúria, nictúria, incontinência, hematúria. Corrimento uretral (e vaginal), potência sexual, frigidez.

Sistema Linfo-Hematopoiético: nódulos cutâneos, crescimento ganglionar, anemia, manchas roxas (hematomas), sangramentos, infecções frequentes.

Sistema Endócrino-Vegetativo: crescimento e desenvolvimento, aparecimento de pêlos, polidipsia, e poliúria, intolerância ao frio e ao calor, bócio, fraturas espontâneas, deformidades ósseas.

Sistema Nervoso: nervosismo, insônia, vertigens, tremores, convulsões, parestesias, paralisias.

Aparelho Locomotor: dor e espasmos musculares, claudicação intermitente, fraqueza muscular. Dores ósseas (membros, coluna). Manifestações articulares (dor, calor, rubor, aumento de volume, deficiência funcional, rigidez matinal, deformações).

Exame Psíquico: consciência, atenção, orientação, memória, inteligência, alterações de pensamento, ilusões, alucinações, delírios, disposição, afetividade, humor.

Queixas Espontâneas:

Exame Físico

Exame Físico Geral

PA: **FR:** **FC:** **Temp.:**

Aspecto físico geral: estado geral, orientação, contactuação, hidratação, nutrição, fâcies, postura preferencial.

Pele: cor, umidade, temperatura, elasticidade, rede venosa, circulação colateral, lesões elementares.

Anexos: pêlos e cabelos: cor, quantidade, distribuição (sexo e idade), consistência; unhas: cor, forma, espessura, leito ungueal, superfície.

Subcutâneo: turgor, grau de desenvolvimento, distribuição, edema: localização, intensidade, coloração, temperatura, Sinal de Godet, sensibilidade.

Gânglios linfáticos: localização (cadeias), quantidade, tamanho, forma, consistência, coalescência, sinais flogísticos, fistulização, mobilidade, sensibilidade.

Mucosa: cor, umidade, lesões.

Ósteomuscular: deformidades ósseas, dores ósseas, musculares ou articulares, comprimento comparativo dos membros, coluna vertebral, marcha, força muscular, tônus e trofismo.

Roteiro de anamnese

Aparelho Respiratório

Inspeção estática: forma do tórax (atípico, tonel, escavado, em quilha), simetria, retrações, abaulamentos, cicatrizes.

Inspeção dinâmica: tipo e ritmo respiratório, sinais de esforço respiratório.

Palpação: FTV antero-posterior, expansibilidade em ápice, terço médio e bases simetria, edema, enfisema subcutâneo.

Percussão: tipo de som, distribuição.

Ausculta: distribuição e simetria de MV, som traqueal, som broncovesicular, som bronquial, ruídos adventícios, sopros pulmonares, ausculta da voz.

Aparelho Cardiológico

Inspeção: abaulamento precordial, ictus visível.

Palpação: ictus palpável (localização, extensão, intensidade), frêmito.

Ausculta: ausculta das carótidas, número de bulhas, ritmicidade, fonese das bulhas, atrito pericárdico, sopros*: relação com ciclo cardíaco, respiração e posição, irradiação, localização, intensidade.

Vasos: presença e simetria dos pulsos periféricos (carotídeo, radial, ulnar, tibial posterior e pedioso), estase venosa.

Abdome

Inspeção: forma (distendido, globoso, plano), abaulamentos, retrações, cicatrizes, peristaltismo, circulação colateral.

Ausculta: atividade de RHA, sopros.

Percussão: tipo de som e distribuição, sinais de ascite (piparote, skoda e macicez móvel).

Palpação superficial: tensão da parede, massas palpáveis, temperatura.

Palpação profunda: massas anormais, dor, visceromegalias, descompressão brusca.

Fígado: hepatimetria, palpação (bordas, regularidade, consistência, sensibilidade), sinal de Murphy.

Baço: percussão, palpação (bordas, regularidade, consistência, sensibilidade).

Rins: palpação, punho percussão.

OBS.: Classificação de Sopros Cardíacos

+/-6+: fraco e apreciado apenas na ausculta cuidadosa

++/-6+: prontamente audível

+++/-6+: moderadamente alto

++++/-6+: alto e associado a frêmito palpável

+++++/-6+: alto e audível com o estetoscópio parcialmente colocado sobre o tórax

++++++/-6+: suficientemente alto para ser audível sem estetoscópio sobre o tórax

Roteiro de anamnese

Exame Físico Normal (Exemplo)

Exame Físico Geral

PA: 120x80 mmHg

FR: 16-20 ipm

FC: 60-100 bpm

Temp.: 36,5 °C

Aspecto físico geral: BEG, orientado, contactuante, hidratado, nutrido, fâcies atípica, sem postura preferencial.

Pele: corada, úmida, normotérmica, elástica, sem rede venosa, sem circulação colateral, sem lesões elementares.

Anexos: pêlos e cabelos: normocorados, quantidade e distribuição adequados ao sexo e idade, consistência; unhas: corada, lisa.

Subcutâneo: turgor firme, normodesenvolvido, normodistribuído, sem edema.

Gânglios linfáticos: não palpáveis.

Ósteomuscular: sem deformidades ósseas, sem dores ósseas, musculares ou articulares, membros simétricos, coluna vertebral sem desvios, marcha sem alterações, força muscular preservada, tônus firme e eutrófico.

Aparelho Respiratório

Inspeção estática: tórax atípico, simétrico, sem retrações, sem abaulamentos, sem cicatrizes.

Inspeção dinâmica: eupnéico, sem sinais de esforço respiratório.

Palpação: FTV antero-posterior presente, expansibilidade em ápice, terço médio e bases simétricas e preservadas, sem edema, sem enfisema subcutâneo.

Percussão: som claro-pulmonar em toda projeção pulmonar.

Ausculta: MV simétrico e preservado, sem ruídos adventícios, sem sopros pulmonares, ressonância vocal normal.

Aparelho Cardiológico

Inspeção: sem abaulamento precordial, ictus visível ou não.

Palpação: ictus palpável até 2 polpas digitais no 4º ou 5º EICE, sem frêmito.

Ausculta: ausculta das carótidas sem sopros, 2BRNF, sem sopros, sem atrito pericárdico.

Vasos: presença e simetria dos pulsos periféricos (carotídeo, radial, ulnar, tibial posterior e pedioso), estase venosa.

Abdome

Inspeção: plano, sem abaulamentos, sem retrações, sem cicatrizes, sem peristaltismo visível, sem circulação colateral.

Ausculta: RHA normoativos, sem sopros.

Percussão: som timpânico ou sub-maciço, sem sinais de ascite (piparote, skoda e macicez móvel).

Palpação superficial: parede normotensa, sem massas palpáveis, normotérmica.

Palpação profunda: sem massas anormais, indolor, sem visceromegalias, descompressão brusca negativa.

Fígado: hepatimetria (do 5º ou 6º EICD, linha hemi-clavicular direita até 3cm do rebordo costal), palpação, borda lisa e firme, sinal de Murphy negativo.

Baço: não percutível, não palpável.

Rins: não palpáveis, punho percussão negativa.