

ANAMNESE MÉDICA

Hospital Municipal São Lucas - Ambulatório de Cardiologia

I. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome Completo:	José Carlos da Silva
Data de Nascimento:	15/03/1968 (57 anos)
Sexo:	Masculino
CPF:	123.456.789-00
RG:	12.345.678-9 SSP/SP
Estado Civil:	Casado
Naturalidade:	São Paulo - SP
Profissão:	Motorista de caminhão (aposentado)
Escolaridade:	Ensino Médio Completo
Endereço:	Rua das Flores, 234 - Jardim Primavera - São Paulo/SP
Telefone:	(11) 98765-4321
Convênio:	SUS
Data da Consulta:	15/10/2025
Prontuário:	2025-10456

II. QUEIXA PRINCIPAL

"Doutor, estou com dor de cabeça frequente e sinto o coração acelerado."

III. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL (HDA)

Paciente relata cefaleia há aproximadamente 3 meses, de caráter pulsátil, localizada em região occipital, com intensidade moderada a severa (7/10 na escala de dor), que piora no período matutino e ao final do dia. Associa palpitações ocasionais, principalmente após esforço físico moderado. Nega náuseas, vômitos, alterações visuais ou déficits neurológicos focais. Refere episódios de tontura leve ao levantar-se rapidamente. Relata aferição casual de pressão arterial em farmácia com valores de 170/100 mmHg, o que motivou a busca por atendimento médico. Nega precordialgia, dispneia aos esforços ou edema de membros inferiores.

IV. HISTÓRIA PATOLÓGICA PREGRESSA

Doenças Prévias: Hipertensão Arterial Sistêmica diagnosticada há 8 anos, em uso irregular de medicação anti-hipertensiva. Diabetes Mellitus tipo 2 há 5 anos, controlado com metformina. Dislipidemia mista diagnosticada há 6 anos. Obesidade grau I (IMC: 31,2 kg/m²).

Cirurgias: Colectomia videolaparoscópica em 2018 por colelitíase. Hernioplastia inguinal direita em 2015.

Internações: Internação em 2019 por crise hipertensiva (PA: 200/120 mmHg) com permanência de 3 dias para controle pressórico. Sem outras internações relevantes.

Alergias: Nega alergias medicamentosas ou alimentares conhecidas.

V. MEDICAÇÕES EM USO

Medicamento	Dose	Posologia	Observações
Losartana	50 mg	1x/dia (manhã)	Uso irregular
Hidroclorotiazida	25 mg	1x/dia (manhã)	Uso irregular
Metformina	850 mg	2x/dia (almoço e jantar)	Uso regular
Sinvastatina	20 mg	1x/dia (noite)	Uso regular
AAS	100 mg	1x/dia (manhã)	Iniciado há 2 anos

VI. HISTÓRIA FAMILIAR

Pai: Falecido aos 68 anos por Infarto Agudo do Miocárdio. História de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.

Mãe: 82 anos, hipertensa e com Acidente Vascular Cerebral isquêmico aos 75 anos, com sequela motora leve em membro superior esquerdo.

Irmãos: 2 irmãos, ambos hipertensos. Irmã com 60 anos teve câncer de mama aos 55 anos, atualmente em remissão.

VII. HÁBITOS DE VIDA E HISTÓRIA SOCIAL

Tabagismo: Ex-tabagista. Fumou 1 maço/dia por 30 anos (carga tabágica: 30 anos-maço). Cessou há 5 anos após diagnóstico de HAS.

Etilismo: Consumo social moderado, cerca de 2-3 cervejas aos finais de semana.

Atividade Física: Sedentário. Refere que era ativo durante o trabalho como motorista, mas após aposentadoria há 2 anos, não pratica exercícios regulares.

Alimentação: Dieta rica em carboidratos e sódio. Consumo elevado de alimentos processados e embutidos. Baixa ingestão de frutas e verduras.

Sono: Relata roncos noturnos intensos e sonolência diurna. Esposa refere episódios de apneia durante o sono.

VIII. EXAME FÍSICO

Estado Geral: Paciente consciente, orientado no tempo e espaço, cooperativo, corado, hidratado, acianótico, anictérico, afebril ao toque.

Parâmetro	Valor	Classificação/Obs
-----------	-------	-------------------

Pressão Arterial	162/98 mmHg	Hipertensão Estágio 2
Frequência Cardíaca	88 bpm	Normal
Frequência Respiratória	16 irpm	Normal
Temperatura	36,5°C	Afebril
Saturação O2	97% (ar ambiente)	Normal
Peso	92 kg	-
Altura	1,72 m	-
IMC	31,2 kg/m²	Obesidade Grau I
Circunf. Abdominal	105 cm	Risco cardiovascular aumentado

Cardiovascular: Ictus cordis palpável no 5º EICE, não desviado. Bulhas cardíacas rítmicas, normofonéticas em 2 tempos. Ausência de sopros ou extrassístoles à ausculta. Pulsos periféricos simétricos e palpáveis. Ausência de edema de membros inferiores. Tempo de enchimento capilar < 2 segundos.

Respiratório: Murmúrio vesicular universalmente audível, sem ruídos adventícios. Expansibilidade torácica simétrica. Ausência de tiragem intercostal ou uso de musculatura acessória.

Abdome: Globoso, flácido, indolor à palpação superficial e profunda. Ausência de visceromegalias palpáveis. Ruídos hidroaéreos presentes e normais. Cicatriz cirúrgica de colecistectomia em hipocôndrio direito, bem cicatrizada.

Neurológico: Paciente lúcido e orientado. Glasgow 15. Pupilas isocóricas e fotorreagentes. Pares cranianos sem alterações. Força muscular preservada globalmente (grau V). Reflexos osteotendinosos presentes e simétricos. Ausência de sinais meníngeos.

IX. EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS

Exames Laboratoriais: Hemograma completo, Glicemia de jejum, HbA1c, Ureia, Creatinina, Sódio, Potássio, Perfil lipídico completo (CT, HDL, LDL, TG), TSH, T4 livre, Ácido úrico, Urina tipo I, Microalbuminúria.

Exames de Imagem: Eletrocardiograma de 12 derivações, Ecocardiograma transtorácico, Radiografia de tórax PA e perfil, Ultrassonografia de artérias renais com Doppler.

Outros: MAPA (Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial) de 24 horas, Polissonografia para investigação de Apneia Obstrutiva do Sono.

X. HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

1. Hipertensão Arterial Sistêmica Estágio 2 descompensada (CID-10: I10)
2. Diabetes Mellitus tipo 2 (CID-10: E11)
3. Dislipidemia Mista (CID-10: E78.2)
4. Obesidade Grau I (CID-10: E66.0)
5. Suspeita de Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono (CID-10: G47.33)
6. Cefaleia secundária à HAS (CID-10: R51)

XI. CONDUTA E PLANO TERAPÊUTICO

Medidas Não-Farmacológicas:

- Orientações sobre dieta DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) com restrição de sódio para < 2g/dia
- Redução de peso: meta de perda de 10% do peso atual em 6 meses
- Atividade física regular: caminhada 30 minutos, 5x/semana (após liberação cardiológica)
- Cessar etilismo ou reduzir para consumo eventual
- Técnicas de controle de estresse e relaxamento
- Monitorização domiciliar da pressão arterial 2x/dia

Medidas Farmacológicas:

- **Losartana 100 mg** - 1 cp pela manhã (aumentar dose)
- **Anlodipino 5 mg** - 1 cp pela manhã (adicionar bloqueador de canal de cálcio)
- **Hidroclorotiazida 25 mg** - 1 cp pela manhã (manter)
- **Metformina 850 mg** - manter 2x/dia
- **Atorvastatina 40 mg** - 1 cp à noite (substituir sinvastatina por maior potência)
- **AAS 100 mg** - manter 1x/dia

XII. HISTÓRICO DE ACOMPANHAMENTO

Data	Evento	Observações
12/02/2017	Diagnóstico de HAS	PA: 165/95 mmHg. Iniciado Losartana 50mg
18/09/2018	Colecistectomia	Pós-operatório sem intercorrências
22/03/2019	Internação por crise hipertensiva	PA: 200/120 mmHg. Adicionado HCTZ
05/06/2020	Diagnóstico de DM2	HbA1c: 7,8%. Iniciado Metformina
14/11/2021	Consulta de rotina	PA: 145/88 mmHg. HbA1c: 6,5%
08/05/2023	Aposentadoria	Paciente relata ganho de peso progressivo
28/02/2024	Consulta com endócrino	Ajuste de metformina. Orientações dietéticas
30/08/2024	Retorno cardio	PA: 158/92 mmHg. Aderência irregular à medicação
15/10/2025	Consulta atual	PA: 162/98 mmHg. Cefaleia e palpitações

XIII. PLANO DE ACOMPANHAMENTO

- **Retorno em 15 dias** para reavaliação pressórica e ajuste medicamentoso se necessário
- **Consulta com nutricionista** agendada para orientação dietética personalizada
- **Avaliação de resultados de exames** em 30 dias
- **Encaminhamento para pneumologista** caso polissonografia confirme SAOS
- **Monitoramento contínuo** com consultas trimestrais após estabilização

Dr. Ricardo Mendes da Costa

CRM-SP 123.456

Cardiologista - RQE 12345