



Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia  
Departamento de Ciências Naturais  
Faculdade de Medicina – Ambulatório de Geriatria



CONSULTA DE RETORNO: DATA: \_\_/\_\_/\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

Acompanhante: \_\_\_\_\_

LISTA DE PROBLEMAS:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

6. \_\_\_\_\_

7. \_\_\_\_\_

8. \_\_\_\_\_

9. \_\_\_\_\_

10. \_\_\_\_\_

11. \_\_\_\_\_

12. \_\_\_\_\_

ANTECEDENTES MÉDICOS:

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

ALERGIA MEDICAMENTOSA:

☐ Não

☐ Sim, Qual (is)? \_\_\_\_\_

Medicamentos em uso regular	Posologia

## DADOS SUBJETIVOS:

Queixas Gerais:

---

---

---

---

---

---

---

---

Déficit Sensorial:

---

---

Apetite/Peso/Disfagia:

---

---

HI:

---

---

Dor - Local/Intensidade:

---

---

---

---

Sono:

---

---

Humor:

---

---

Memória:

---

---

Funcionalidade:

---

---

---

---

Continência:

Atividade física:

Mobilidade/dispositivo de marcha:

Quedas:

Dieta:

Hidratação/dia:

Leite e derivados/dia:

Vacinação:

## DADOS OBJETIVOS:

*Exame Físico:*

Medidas Antropométricas:

Dados Vitais:

Cabeça e pescoço:

Tórax:

Mamas:

AR:

ACV:

Abd:

Ext:

Pulsos:

SOA:

Ex. Neuro:

Pele e fâneros:

*Testes:*

MMSE: OT: OE: MI: AC: ME: N: R: CV: CE: F: D: Total:

FV: TDR: GDS:

AVD: AIVD:

TUGT: One Leg Balance: Mini-MAN:

Outros:



Exames Complementares:

AVALIAÇÃO (Novas Suspeitas Diagnósticas):

PLANO (Diagnóstico e Terapêutico):

Assinatura do Aluno:

Assinatura Professor: