



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. _____

ANTECEDENTES MÉDICOS:

☐ HAS

☐ DM

Fatores de risco cardiovascular:

☐ **Idade** (homem ≥ 55 anos/mulher ≥ 65 anos)

☐ **Tabagismo**

☐ **Dislipidemia** (CT >190 mg/dl, LDL >115 mg/dl, TG: >150 mg/dl)

☐ **Pré-diabetes** (Glc de jejum 101-125; TTG: 140-199)

☐ **Doença Renal Crônica** (ClCr <30 ml/min/1,73m², proteinúria >300 mg/dl)

☐ **Retinopatia avançada** (hemorragias, exsudatos, papiledema)

☐ **Doença Aterosclerótica Significativa:**

() Síndrome Coronariana Aguda (IAM ou Angina Instável)

- () Angina estável ou IAM prévio
- () AVC aterotrombótico ou AIT
- () Revascularização coronária, carotídea ou periférica
- () Insuficiência Vascular Periférica ou amputação de MMII
- () Doença Aterosclerótica Grave (estenose >50%) em qualquer território vascular
- ☐ **História Familiar de DAC prematura** (parente de 1º: Masc < 55 anos ou Fem < 65 anos)
- ☐ **Síndrome Metabólica:**
 - () Circunferência abdominal aumentada: Homens > 94cm e Mulheres > 80cm) + 2 ou mais dos seguintes critérios:
 - () Triglicéride ≥ 150 mg/dl
 - () HDL < 40mg/dl em Homens ou < 50mg/dl em Mulheres
 - () PA $\geq 130 \times 85$ mmHg ou tratamento anti-hipertensivo
 - () glicemia ≥ 100 mg/dl
- ☐ **Microalbuminúria** (30-300 mg/min) ou **macroalbuminúria** (>300 mg/min)
- ☐ **Hipertrofia Ventricular Esquerda**
- ☐ **Proteína-C reativa de alta sensibilidade > 3 mg//L**
- ☐ **Evidência de doença aterosclerótica subclínica** (presença de pelo menos um dos seguintes fatores):
 - () Escore de Cálcio > 10U Agston
 - () Placa carotídea
 - () Angio-TC de Coronárias com placa definitiva
 - () ITB < 0,9
 - () Aneurisma de aorta abdominal

Causas de hipertensão secundária conhecida:

- ☐ SAHOS: sim() não () Quanto tempo? _____ OBS: _____
- ☐ Hiperaldosteronismo primário: sim() não () Quanto tempo? _____ OBS: _____
- ☐ Doença renal parenquimatosa: sim() não () Qual? _____ Quanto tempo? _____
- ☐ Doença renovascular: sim() não () Local? _____ Quanto tempo? _____
- ☐ Síndrome de Cushing: sim() não () Causa? _____ Quanto tempo? _____
- ☐ Hipotireoidismo: sim() não () Quanto tempo? _____ OBS: _____
- ☐ Hipertireoidismo: sim() não () Quanto tempo? _____ OBS: _____
- ☐ Hiperparatireoidismo: sim() não () Quanto tempo? _____ OBS: _____
- ☐ Acromegalia: sim() não () Quanto tempo? _____ OBS: _____
- ☐ Feocromocitoma: sim() não () Quanto tempo? _____ OBS: _____
- ☐ Coarctação da aorta: sim() não () Quanto tempo? _____ OBS: _____
- ☐ Medicamentos que elevam PA: sim() não () Qual? _____ Quanto tempo? _____

Complicações da DM identificadas:

- ☐ Retinopatia: sim() não () se sim: Quando?_____ Qual olho? _____
- ☐ Nefropatia: sim() não () se sim: Quando?_____ Qual alteração? _____
- ☐ Neuropatia periférica: sim() não () se sim: Quando?_____ Qual alteração? _____
- ☐ IAM: sim() não () se sim: Quando?_____ Qual alteração? _____
- ☐ Angina instável: sim() não () se sim: Quando?_____
- ☐ AVC: sim() não () se sim: Quando?_____ Qual alteração? _____
- ☐ Doença carotídea: sim() não () se sim: Quando?_____ Qual alteração? _____
- ☐ Pé diabético: sim() não () se sim: Quando?_____ Qual? _____
- ☐ Amputação de membros: sim() não () se sim: Qual? _____

| Medicamentos em uso regular | Posologia |
|-----------------------------|-----------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

ALERGIA MEDICAMENTOSA:

☐ Não ☐ Sim, Qual (is)? _____

DADOS SUBJETIVOS:

Queixas Espontâneas:

Sintomas clássicos de DM:

Sintomas de Complicações micro ou macrovasculares (DM):

Sintomas de LOA (HAS):

Intercorrências clínicas no período de interconsulta:

DADOS OBJETIVOS:

Exame Físico:

Medidas Antropométricas:

Dados Vitais:

Cabeça e pescoço:

Tórax:

Mamas:

AR:

ACV:

Abd:

Ext:

Pulsos:

SOA:

Ex. Neuro:

Pele e fâneros:

Risco Cardiovascular (Escore de Risco Global):

☐ muito alto

☐ alto

☐ intermediário

☐ baixo

Exames Complementares:

Últimos controles:

☐ Glicemia de jejum: data/resultado: _____

☐ Glicemia pós-prandial: data/resultado: _____

☐ HbA1c: data/resultado: _____

☐ Urina 1: data/resultado: _____

☐ Creatinina sérica: data/resultado/ ClCr estimado: _____

☐ Albumina/creatinina em amostra isolada de urina: data/resultado: _____

☐ Microalbuminúria de 24h: data/resultado: _____

- ☐ Colesterol total: data/resultado:_____
- ☐ HDL: data/resultado:_____
- ☐ LDL: data/resultado:_____
- ☐ Triglicéridos: data/resultado:_____

Outros:

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

AVALIAÇÃO (Novas Suspeitas Diagnósticas):

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and extend across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

[illegible]

Assinatura Professor: