



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

Mod. SIS - H-07

NID/US

NID/HDD.....

PROCESSO HOSPITAL DE DIA

Nome:

Apelido:

Sexo/Data de nascimento/Idade:

Nº de B.I./Outra Identificação:

Distrito/Cidade:

Localidade/Bairro:

Célula/Quarteirão:

Avenida/Rua/Casa:

Pessoa de referência:

Nome: Apelido: Tel.:

Profissão/Ocupação: Nível de Escolaridade:

Telefone de contacto: Nº de conviventes:

Solteiro(a) Casado(a) Viúvo(a) União de facto Cônjuge(s)? Nº

Serologia HIV do(s) cônjuge(s): Nº do Processo: Outros parceiros(as)?

Nº de filhos: Nº de Filhos testados: Nº de filhos HIV +: Nº dos processos:

Equipamento ao domicílio: Geleira Electricidade

Referência de:

Enfermaria:

Consulta externa:

PNCTL:

GATV: Nº de código:

SAAJ: Nº de código:

PTV: Nº de código:

Centro de Saúde:

Hospital Geral / Rural:

Clínica privada:

Contacto:

Outros:

Data de Diagnóstico:/...../..... Foi aconselhado: Sim Não

Abertura do processo:

Data:/...../.....

Feita por:

ANAMNESE

Hábitos:

Tabaco Sim Não

Álcool Sim Não

Drogas IV Sim Não

Sexualidade:

Heterossexual

Homossexual

Bissexual

Nº de parceiros nos últimos 3 meses

1 1 a 3 + de 3

Antecedentes Ginecológicos:

Data da última menstruação:/...../.....

Antecedentes Obstétricos:

Aborto: Sim Não PTV: Sim Não – Se sim, qual:

Mulher grávida: Semana de gestação: Data prevista do parto:/...../.....

Mulher puérpera; Data do parto:/...../.....

Tipo de Aleitamento: Materno Artificial Misto

Alergia a medicamentos? Sim Não Não sabe – Se sim, quais?

Antecedentes terapêuticos com TARV? Sim Não – Se sim, qual?

Antecedentes clínicos

TB pulmonar Sim Não se Sim, Data do diagnóstico/...../.....

TB extra pulmonar Sim Não se Sim, Data do diagnóstico/...../.....

Herpes Zoster Sim Não se Sim, Data/...../.....

Candidíase oral Sim Não se Sim, Data/...../.....

Candidíase esofágica Sim Não se Sim, Data/...../.....

Sarcoma de Kaposi Sim Não se Sim, Data do diagnóstico/...../.....

DTS: Corrimento Sim Não se Sim, Data/...../.....

Úlcera Sim Não se Sim, Data/...../.....

Condiloma Sim Não se Sim, Data/...../.....

Diarreia crónica Sim Não se Sim, Data do diagnóstico/...../.....

Perda de peso, mais de 10% Sim Não

Febre prolongada Sim Não

Tosse prolongada Sim Não

Outros antecedentes:

INTERNAMENTOS

Enfermaria	Diagnóstico	Data	Tratamento

Intervenções cirúrgicas Sim Não Quais:

Transfusões de Sangue Sim Não Datas:

Exposição acidental Sim Não Tipo de acidente:

HISTÓRIA ACTUAL

OBSERVAÇÃO CLÍNICA

EXAME CLÍNICO

Data:/...../..... Médico:

Estado geral: Bom Moderado Mau

Dados vitais: TA: Temp.: Peso: Altura: IMC:
Mucosas: Coradas: descoradas: conjuntivas: Ictéricas (ler verso) anictéricas

Cavidade orofaríngea

Se lesão, de que tipo?

Exame da pele:

Íntegra lesões – se sim, de que tipo e onde?

Estado de hidratação:

hidratado desidratado

Gânglios linfáticos:

Cervicais aumentados: Sim Não

Axilares aumentados: Sim Não

Inguinais aumentados: Sim Não

Outros aumentados: Sim Não

Exame pulmonar:

Respiração: Normal Dispneia FR:/min.

Auscultação:

Exame cardiológico:

F.C.:/min.

Auscultação: Normal Arritmias Sopros Outros:

Abdómen:

Normal Globoso Ascite Meteorismo

Hepatomegália: Sim Não

Esplenomegália: Sim Não

Outros:

Genitais:

Normais Úlceras Secreções Condilomas

Outros:

Exame neurológico:

Normal Parésias de que tipo:

Rigidez da nuca Neuropatia periférica: Sim Não

Outro:

Aparelho articular:

Normal Tumefacções Onde?

Rigidez Outro Onde?

Outros:

Índice de Karnofsky (ler em baixo):%

Hipóteses de diagnóstico:

.....

Aconselhamento:

Data/...../.....

CONDUTA TERAPÊUTICA

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ÍNDICE DO KARNOFSKY

- 100 Nenhuma evidência de doença
- 90 Pode fazer actividade normal, sinais ou sintomas menores de doença
- 80 Actividade normal com esforço, e alguns sinais e sintomas da doença
- 70 Incapaz de realizar uma actividade de trabalho normal
- 60 Precisa de assistência ocasional mas pode cuidar de si mesmo para a maioria das necessidades
- 50 Precisa de assistência mas pode cuidar de si mesmo para a maioria das necessidades
- 40 Incapaz, precisa de cuidados especiais de assistência
- 30 Severamente incapacitado, precisa de hospitalização
- 20 Muito doente, hospitalização necessária, tratamento activo de suporte necessário
- 10 Moribundo
- 0 Morte

IMC (Índice da Massa Corporal)

$$\left[\frac{\text{Peso em kg}}{(\text{Altura em metros})^2} = \text{IMC (kg/m}^2\text{)} \right]$$

Exemplo: Uma pessoa de 1,70 m e 65 kg, tem um IMC = $65 : (1,7)^2 = 65 : 2,89 = 22.5 \text{ kg/m}^2$