



ALBERT EINSTEIN
HOSPITAL ISRAELITA

**Anamnese /
Exame Físico Adulto**

Preencher quando não houver etiqueta

Paciente: _____

Passagem: _____ Leito: _____

Prontuário: _____

Queixa e História da Moléstia Atual

Antecedentes Nada digno de nota

ISDA

Geral: ndn _____

Cabeça: ndn _____

Olhos: ndn _____

Ouvidos: ndn _____

Nariz: ndn _____

Boca / Garganta: ndn _____

Pescoço: ndn _____

Neurológico: ndn _____

Tórax: ndn _____

Respiratório: ndn _____

Circulatório: ndn _____

Digestivo: nda _____

Gênito-Urinário: nda _____

Mamas: nda _____

Locomotor: nda _____

Tegumentar: nda _____

Numeração da página

A



1F

Cod 301599 - Set/2011

EXAME FÍSICO

LEGENDA: **NDN**= O aspecto foi analisado e está dentro dos parâmetros normais. **NA**= Não foi analisado por não estar relacionado direta ou indiretamente ao motivo do atendimento/queixa principal, na opinião do médico responsável. **Alterado**= É necessário descrever os achados no espaço ao lado.

ESTADO GERAL: <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mau <input type="checkbox"/> Apático <input type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Palidez cutâneo-mucosa <input type="checkbox"/> Descorado <input type="checkbox"/> Cianótico <input type="checkbox"/> Ictérico <input type="checkbox"/> Desidratado <input type="checkbox"/> Sudoreico	
CABEÇA PESCOÇO <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> NDN <input type="checkbox"/> Alterado	Descrição das alterações do Exame Físico e Observações _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
TÓRAX <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> NDN <input type="checkbox"/> Alterado	
ABDOMEN ÂNUS/RETO <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> NDN <input type="checkbox"/> Alterado	
GÊNITO- URINÁRIO <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> NDN <input type="checkbox"/> Alterado	
VASCULAR <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> NDN <input type="checkbox"/> Alterado	
NEUROLÓGICO <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> NDN <input type="checkbox"/> Alterado	
LOCOMOTOR <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> NDN <input type="checkbox"/> Alterado	
PELE <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> NDN <input type="checkbox"/> Alterado	
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA PRINCIPAL: _____ _____ _____	
OUTROS DIAGNÓSTICOS: <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus <input type="checkbox"/> Doença Renal _____ <input type="checkbox"/> Pneumopatia _____ <input type="checkbox"/> Cardiopatia _____ <input type="checkbox"/> Outros _____ _____	
PLANO TERAPÊUTICO E/OU DE INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA: _____ _____ _____	
PREENCHER OS CAMPOS ABAIXO NO CASO DE INTERNAÇÃO	
OBJETIVO DA INTERNAÇÃO: _____ _____	
Resultados de exames relevantes para o atendimento atual: <input type="checkbox"/> NDN _____ _____ _____	

Médico: _____ CRM: _____ Data: ___/___/___ Hora: ___:___