

Roteiro de anamnese

Sequência completa da entrevista clínica, para consultar durante a consulta ou usar como guia de estudo.

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome, idade e data de nascimento, sexo, estado civil, profissão atual e anteriores, naturalidade e procedência, escolaridade, religião quando relevante, quem encaminhou, quem acompanha, fonte e confiabilidade da história.

2. QUEIXA PRINCIPAL (QP)

Motivo da consulta nas palavras do paciente, com a duração. Uma frase. Pergunta de abertura: "O que trouxe você aqui hoje?"

3. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL (HDA)

Início (quando, como, súbito ou gradual), localização e irradiação, caráter ou qualidade, intensidade (escala de 0 a 10), duração e frequência, evolução desde o início, fatores de melhora e piora, sintomas associados, tratamentos já tentados e resposta, impacto nas atividades, o que o paciente acha que tem.

4. INTERROGATÓRIO SINTOMATOLÓGICO (REVISÃO DE SISTEMAS)

Geral: febre, peso, apetite, astenia, sudorese. Cabeça e pescoço: cefaleia, tontura, visão, audição, epistaxe, odinofagia. Cardiovascular: dor torácica, palpitação, dispneia, edema, síncope. Respiratório: tosse, expectoração, sibilos, hemoptise. Digestório: disfagia, náusea, vômito, dor abdominal, hábito intestinal, sangramento. Geniturinário: disúria, frequência, hematúria, fluxo menstrual, disfunção sexual. Osteoarticular: dor, rigidez, edema articular. Neurológico: fraqueza, parestesia, convulsão, memória. Pele: lesões, prurido. Endócrino: poliúria, polidipsia, intolerância ao frio ou calor. Psíquico: humor, sono, ansiedade, ideação suicida.

5. HISTÓRIA PATOLÓGICA PREGRESSA (HPP)

Doenças da infância e do adulto, doenças crônicas em tratamento, cirurgias e internações com datas, traumas, transfusões, alergias (medicamentos, alimentos, látex) e o tipo de reação, medicamentos em uso com dose, horário e adesão, situação vacinal, saúde sexual e reprodutiva quando pertinente.

6. HISTÓRIA FAMILIAR (HF)

Pais, irmãos, filhos e avós: vivos ou falecidos, idade e causa do óbito. Doenças com componente hereditário ou familiar: hipertensão, diabetes, infarto e AVC precoces, câncer (qual, idade), doença tireoidiana, doenças psiquiátricas, doenças genéticas.

7. HÁBITOS E HISTÓRIA SOCIAL

Tabagismo (carga tabágica em maços-ano), álcool (quantidade e padrão), outras substâncias, atividade física, sono, alimentação, moradia e saneamento, trabalho e exposição ocupacional, viagens recentes, animais, rede de apoio, situação financeira quando afeta o tratamento.

8. EXAME FÍSICO

Sinais vitais (PA, FC, FR, temperatura, saturação), peso, altura e IMC, estado geral, e o exame dirigido à queixa. Não é anamnese, mas é o passo seguinte e vai no mesmo registro.

9. HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

Da mais provável à menos provável, com o raciocínio que sustenta cada uma e as que precisam ser afastadas por gravidade. CID quando fizer sentido.

10. CONDUTA E PLANO

Exames solicitados e por quê, prescrições com dose e duração, orientações e sinais de alerta explicados ao paciente, encaminhamentos, data do retorno e o que será reavaliado.

Registre o negativo relevante: o sintoma que o paciente nega e que afasta uma hipótese vale tanto quanto o que ele apresenta.