



ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUISSAMÃ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SUS

Mat.: \_\_\_\_\_

EVOLUÇÃO E TRATAMENTO

DATA

FICHA CLÍNICA AMBULATORIAL

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

Data de Nasc. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ anos Sexo ☐ M ☐ F

Cor: ☐ 1 - Branco / 2 - Preto / 3 - Pardo / 4 - Outra Estado Civil: ☐ 1 - Casado / 2 - Solteiro / 3 - Viúvo / 4 - Divorciado ou Separado / 5 - Outro

Naturalidade: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_ Ocupação: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Queixa principal: \_\_\_\_\_

História da doença atual: \_\_\_\_\_

História patológica pregressa: \_\_\_\_\_

verso

História Familiar

Hipertensão Arterial	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Doença Mental	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Asma / Alergia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Diabetes	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Tuberculose	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Câncer	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Cardiopatia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Epilepsia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Outros: \_\_\_\_\_

História Fisiológica: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

História Social:

Tabagismo	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Nº de Cigarros p/ dia:	_____
Alcoolismo	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Quantidade por dia:	_____

Tipo(s) de bebida(s) consumida(s): \_\_\_\_\_

Lazer ☐ Sim ☐ Não Tipo(s) / Frequência: \_\_\_\_\_

Revisão Sistemática: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Exame Físico:

Peso:	_____	Altura:	_____	Temp. Axilar:	_____
Pressão Arterial:	Deitado: _____	Em Pé:	_____	Pulso:	_____

Avaliação do Perfil psicológico (psiquismo) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ectoscopia: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Cabeça e Pescoço: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tórax: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Abdome: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Membros: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Exame Específico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Diagnóstico Principal: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Secundário: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Conduta (Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_