



Relatório de Visita Domiciliar da Enfermagem

IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ CNS: _____

Idade: _____ DN: ____/____/____ Sexo: () M () F Aposentado: () Sim () Não

Endereço: _____ Bairro _____

Telefone _____ Escolaridade: () Superior () Superior Incompleto () Médio () Médio Incompleto
() Fundamental () Fundamental Incompleto:

DADOS SÓCIO-ECONÔMICOS

Número de pessoas residentes: _____ - Tipo de Moradia: () Alvenaria () Madeira ()

Outros _____ Quantidade de Cômodos: _____ Há banheiro? () SIM () NÃO

Energia elétrica: () SIM () NÃO Água Encanada: () SIM () NÃO

Higiene residencial: () Satisfatório () Insatisfatório OBS: _____

Há portador de deficiência: () SIM () NÃO Tipo () Mental () Física () Outros _____

Lazer: () Leitura () TV () Jogos () Música () Outros _____

Renda familiar: R\$ _____ Bolsa Família () SIM () NÃO

HISTORIA PREGRESSA

Tratamento anterior () SIM () NÃO Quais? _____

Doença Crônica () SIM () NÃO Quais? _____

Alergias () SIM () Não Quais: _____

Medicamentos em uso _____

RELATÓRIO DE VISITA DOMICILIAR

EXAME FÍSICO

SSVV: PA _____ X _____ mmHg FC _____ bpm FR _____ rpm T° _____ °C

Estado neurológico: () Consciente () Orientado () Confuso () Outros _____

Comunicação: () verbal () gestos () escrita () não comunica-se

Pele Inteira () SIM () NÃO **Ressecada:** () SIM () NÃO **Coloração :** _____

Descamativa: ()SIM () NÃO **Estado de Hidratação:** () Hidratado ()Desidratado

Edema () NÃO () SIM **Local:** _____

Acuidade Visual: () Bom () Dificuldade **Acuidade Auditiva:** () Bom () Dificuldade

Ausculat Pulmonar: **Esforo respiratório:** () SIM () NÃO () **Expansibilidade:** () simétrica () assimétrica
 () presença de deformidades. **OBS** _____

() MV preservados () MV diminuídos ().Ruídos Adventícios: () Estertores () Roncos () Sibilos

Local: _____

Mamas: () Simétricas () Assimétricas **Presença:** () Nódulos () Gânglios () Secreção Papilar

Ausculat cardíaca: () Rítmico () Arrítmico **Alterações:** () sopros () atritos () estalidos **Local** _____

Bulhas Cardíacas: () Normofonéticas () Hiperfonéticas () Hipofonéticas

OBS: _____

Abdômen: () Flácido () Rígido () Plano () Distendido **Ruídos Hidroaéreos :** () Normal () Aumentado
 () Diminuído. **Observações** _____

Alimentação () Boa Aceitação () Aceitação parcialmente () Não está se alimentando

Mobilização () Deambulação independente Deambula com auxílio:() bengala () andador () cadeira de rodas
 () terceiros () Não deambula.

Estado Geral de Higiene: () satisfatório () satisfatório parcialmente () Insatisfatório

Observação: _____

Eliminação: Evacuação: () Pastosa () Ressecada () Diarréia () Constipação

Diurese: () regular () aumentada () diminuída. **Coloração:** _____

Cateterismo Intermitente: () sim () não **OBS** _____

Sondas: () SNG () SNE () gastrostomia () Jejunostomia () SVD **Funcionamento:** () SIM ()NÃO

Motivo : _____ **Data da Troca** ____/____/____

PLANO DE CUIDADOS

PROXIMA VISITA DO ENFERMEIRO ____/____/____

Data da Visita: ____/____/____. Campo Grande/MS

Unidade de Saúde: _____

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro Visitador