



# Prefeitura de SOROCABA

PROGRAMA DO CONTROLE DA ASMA – 1º CONSULTA

versão jan 2024

## 1 – IDENTIFICAÇÃO:

SIS: \_\_\_\_\_ DATA: / / Nome da Mãe : \_\_\_\_\_  
 Nome: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) M ( ) F DN: / /  
 Queixa Principal: \_\_\_\_\_

Patologias pregressas: .....

## 2 – ASMA:

Idade da 1ª crise de asma ..... anos ..... meses	Nº de internações antes da primeira consulta ..... vezes	Última crise:
Sintomas		
<input type="checkbox"/> Menos de 1 vez por semana	<input type="checkbox"/> Mais de 1 vez por semana	<input type="checkbox"/> Diário
Atividade Física		
<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterada nas crises	<input type="checkbox"/> Alterada continuamente
Sintomas Noturnos		
<input type="checkbox"/> Menos de 2 vezes por mês	<input type="checkbox"/> Mais de 2 vezes por mês	<input type="checkbox"/> Mais de 1 vez por semana <input type="checkbox"/> Diário
Falta escolar: nº médio/ mês	Uso de medicação: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Qual ?

## 3 – INTERCRISE:

tosse  chiado  dispnéia  cianose  dermatite  sem sintomas

Frequencia por mês ou semana

## 4 – OUTRAS ALERGIAS ASSOCIADAS À ASMA:

rinite  estrófulo  urticária/angioedema  conjuntivite alérgica  dermatite

alergia a alimentos, qual ?  alergia a medicamentos, qual ?

## 5 – FATORES DESENCADEANTES DA ASMA:

mudança de temperatura  fumaça de cigarro  poeira  moto  stress emocional

exercícios  infecção  odores fortes  pelos de animais  outros

## 6 – HISTÓRIA FAMILIAR DE ATOPIA:

	Asma	Rinite Alérgica	Eczema Atópico	Tbc	Fumante Domiciliar
Mãe					
Pai					
Irmãos					
Avós					
Tios					
Obs.:					

## 7 – CONDIÇÕES HABITACIONAIS

cortinas  tapetes  carpetes  moto  cães  gatos  aves  cobertor

casa com forro  casa com laje  contrapiso  rua de terra  poluição ambiental

## 8 – CLASSIFICAÇÃO À INSCRIÇÃO

ASMA LEVE  ASMA MODERADA  ASMA GRAVE

## 9 – QUALIFICAÇÃO DO(A) PROFISSIONAL EMISSOR(A) DO DOCUMENTO

Nome do profissional:	Assinatura
Conselho de Classe	numeração: