



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

Frequência 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: Conselho de Classe e numeração:	Assinatura
--	------------