

Requisição de MAPA de 48h

Monitorização Ambulatória de Pressão Arterial de 48h

UTENTE _____ DATA DE NASCIMENTO ____/____/____

QUESTIONÁRIO GERAL PARA MAPA CARDIOVASCULAR (exceto grávidas)

A preencher quando é requisitada a primeira MAPA ou para atualização de dados.

DADOS ANTROPOMÉTRICOS

Altura (cm)
 Peso (kg)
 Perímetro abdominal (cm)

HÁBITOS

NÃO SIM
 Tabagismo (fumou no último ano?)
 Consumo de álcool (unidades/semana) 1 unidade = 10g de álcool

ATIVIDADE FÍSICA

Sedentário Ativo

FATORES QUE INFLUENCIAM O PROGNÓSTICO

NÃO SIM
 Apneia obstrutiva do sono
 Fibrilhação auricular
 Menopausa
 Diabetes Tipo 1 Tipo 2 Outro

TRATAMENTO ATUAL

NÃO SIM
 Medicação anti-hipertensiva
 N.º de anti-hipertensores

ALTURA DA TOMA DOS ANTI-HIPERTENSORES

Levantar Durante o dia Deitar

OUTROS MEDICAMENTOS

NÃO SIM
 Antidiabéticos orais ou insulina
 Antidislipidémicos
 Contracetivos orais

ANTIAGREGANTES / ASPIRINA

Levantar Durante o dia Deitar

ANÁLISES CLÍNICAS

Hemoglobina g/dL
HbA1c %
Glicémia mg/dL
Colesterol total mg/dL
Triglicéridos mg/dL
HDL mg/dL
Creatinina mg/dL
Ácido úrico mg/dL
Albuminúria mg/24h
Albuminúria/creatinina mg/g

ANTECEDENTES DE DOENÇA CARDIOVASCULAR/RENAL

NÃO SIM
 AVC isquémico
 AVC hemorrágico
 Enfarte do miocárdio
 Revascularização coronária
 Insuficiência cardíaca
 Doença renal crónica (TFG<60)

QUESTIONÁRIO ESPECÍFICO PARA MAPA NA GRÁVIDA (Diagnóstico de HTA e Avaliação do Risco de Complicações Hipertensivas)

A preencher quando é requisitada a primeira MAPA da gravidez ou para atualização de dados.

IDENTIFICAÇÃO DA GRAVIDEZ

Idade da menarca
 N.º de gravidezes (incluindo a atual)
 N.º de partos
 N.º de cesarianas
 Data da última menstruação

NÃO SIM
 Gravidez múltipla
 Pré-eclâmpsia/HTA gestacional prévia
 Pré-eclâmpsia na mãe ou irmãs
 Hipertensão anterior à gravidez
 Diabetes Mellitus

COMPLICAÇÕES DA GRAVIDEZ ATUAL

NÃO SIM
 Diabetes gestacional
 Atraso do crescimento intra-uterino
 Hipertensão gestacional
 Pré-eclâmpsia
 Hemorragia
 Placenta prévia Descolamento prematuro da placenta
 Outra

TRATAMENTO ATUAL

NÃO SIM
 Medicação anti-hipertensiva
 N.º de anti-hipertensores

ALTURA DA TOMA DOS ANTI-HIPERTENSORES

Levantar Durante o dia Deitar

OUTROS MEDICAMENTOS

NÃO SIM
 Antidiabéticos orais ou insulina
 Antidislipidémicos

ANTIAGREGANTES / ASPIRINA

Levantar Durante o dia Deitar

ANÁLISES CLÍNICAS

Hemoglobina g/dL
Hematócrito %
HbA1c %
Glicémia mg/dL
Colesterol total mg/dL
Triglicéridos mg/dL
HDL mg/dL
Creatinina mg/dL
Ácido úrico mg/dL
Albuminúria - tira teste positivo negativo
Albuminúria/creatinina mg/g

Data

Médico (assinatura)