

--	--

T	Telefone *Podemos entrar em contato em caso de emergência, por isso escreva telefone	ID	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px;">□</td> <td style="width: 20px;">□</td> <td style="width: 20px;">□</td> <td style="width: 20px;">□</td> <td style="width: 20px;">□</td> <td style="width: 20px;">□</td> <td style="width: 20px;">□</td> <td style="width: 20px;">□</td> <td style="width: 20px;">□</td> <td style="width: 20px;">□</td> </tr> </table>	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□	□	□				
	Item	número											
Data de nascimento													
consulta													

- * Preencha a **lápiz antes** e traga no dia da consulta. Entregue após terminar os exames.
- * Será processado mecanicamente, portanto não manche, nem dobre.
- * Traga seu cartão de seguro saúde e cupons de exames.

Perguntas Assinale com um traço vertical | nas questões que correspondem

① Como está seu estado de saúde atualmente?	<input type="checkbox"/> bom	<input type="checkbox"/> mais ou menos
	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> não está bem
	<input type="checkbox"/> não é bom	
② Você está satisfeito com sua vida diária?	<input type="checkbox"/> satisfeito	<input type="checkbox"/> mais ou menos
	<input type="checkbox"/> pouco insatisfeito	<input type="checkbox"/> insatisfeito
③ Você está comendo 3 refeições por dia?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
④ Você acha que está mais difícil comer alimentos duro, em comparação a meio ano atrás? Ex: lula, rabanete em conserva etc	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
⑤ Você já se engasgou com chá ou sopa?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
⑥ Você emagreceu mais de 2 ou 3 kgs em menos de 6 meses?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
⑦ Você sente que está caminhando mais devagar do que antes?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
⑧ De 1 ano para cá, você caiu alguma vez?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
⑨ Você faz exercício como caminhada ao menos 1 vez por semana?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
⑩ Pessoas ao seu redor dizem que você anda esquecido e [que sempre fala a mesma coisa]?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
⑪ Às vezes você não sabe em que dia e mês estamos?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
※ ⑫ Você fuma?	<input type="checkbox"/> fumo	<input type="checkbox"/> não fumo
	<input type="checkbox"/> parei	
⑬ Você sai de casa pelo menos uma vez por semana?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
⑭ Você costuma socializar com familiares e amigos?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
⑮ Você tem alguém próximo com possa conversar quando está doente?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
⑯ Você está dormindo e descansando o suficiente?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
⑰ Você sorri diariamente?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
※ ⑱ Com que frequência você bebe bebida alcoólica? (sakê, shochu, cerveja, licor)	<input type="checkbox"/> diariamente	<input type="checkbox"/> as vezes
	<input type="checkbox"/> raramente (ou não bebo)	
⑲ Se você bebe bebida alcoólica, em qual quantidade diária?		
1 dose corresponde: sakê (180 ml), 500 ml de cerveja, Shochu 25 graus (110 ml), 1 dose de uísque (60 ml), 2 copos de vinho (240 ml)		
	<input type="checkbox"/> até 1 dose	<input type="checkbox"/> de 1 a 2 doses
	<input type="checkbox"/> de 2 a 3 doses	<input type="checkbox"/> acima de 3 doses
⑳ Atualmente você toma algum remédio entre a e c?		
a. remédio para reduzir pressão	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
b. remédio ou injeção de insulina para baixar açúcar no	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
c. remédio para reduzir colesterol e triglicerídeos	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não

Histórico médico ① Assinale com traço vertical |

<input type="checkbox"/> Nenhum	em trata-mento	já curado	sem tratar	feita cirurgia	idade
pressão alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	88
diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	88
dislipidemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	88
doença cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	88
doença cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	88
doença renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	88
anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	88
gota, ácido úrico elevado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	88
hepatite B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	88
hepatite C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	88
disfunção hepática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	88
doença da próstata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	88
doença da tireóide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	88
outros ①	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	88
[]
outros ②	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	88
[]
outros ③	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	88
[]

000000

Sintomas Assinale | caso tenha tido sintomas no último mês

<input type="checkbox"/> 0. Nada em especial	
<input type="checkbox"/> 1. inchaço de rosto/membros	<input type="checkbox"/> 9. dormência nos membros
<input type="checkbox"/> 2. boca seca	<input type="checkbox"/> 10. fala emaranhada
<input type="checkbox"/> 3. sangue na urina	<input type="checkbox"/> 11. dor de cabeça
<input type="checkbox"/> 4. dificuldade para urinar	<input type="checkbox"/> 12. tontura, vertigem ao levantar
<input type="checkbox"/> 5. micção frequente	<input type="checkbox"/> 13. aperto/dor no peito
<input type="checkbox"/> 6. sentir-se cansado	<input type="checkbox"/> 14. palpitação/falta de ar
<input type="checkbox"/> 7. emagrecimento repentino	<input type="checkbox"/> 15. pulsação descompassada
<input type="checkbox"/> 8. outros	
[]

Veja no verso, Histórico Médico ② (doença ocular)

Ítem de checagem ① (funcionário que preenche)

exame de urina(M) sim disfunção renal sim



assinatura

proteína - +- + 2+ 3+ 4+ 5+
 açúcar - +- + 2+ 3+ 4+ 5+
 sangue oculto - +- + 2+ 3+ 4+ 5+

peso . kg

altura . cm

medida cintura . cm

pressão 1 vez / tomou remédio de pressão hoje (sim não)

2 vez /

sangue coleta pós refeição . hora horário de comer

açúcar no sangue açúcar no sangue em jejum HbA1c ingestão estimada de sal
 hepatite pepsinogenio
 PSA rubéola

• anticoagulante interno (sim não)

• histórico de coesão (sim não)

densidade óssea (ultrassom) .

• pedido de agulha alada (sim não)

comentário da equipe

Ítem de checagem ② (funcionário que preenche)

exame médico	1. arritmia	orientação (em tratamento)	necessário cuidados médicos
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2. sopro cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3. sons respiratórios anormais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4. anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5. edema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6. distúrbio sensorial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	7. tireóide aumentada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Doutor No. Nada em especial

Histórico médico ② (doença ocular)

Assinale caso tenha histórico

	em tratamento	curado	sem tratar	cirurgia	idade
<input type="checkbox"/> Nada em especial					
catarata (esquerdo direito ambos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
glaucoma (esquerdo direito ambos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
outros ① (esquerdo direito ambos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
nome doença ()					
outros ② (esquerdo direito ambos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
nome doença ()					

teste de anemia pedido médico histórico médico (somente para quem foi curado ou não fez tratamento nos últimos 5 anos)
 sujeito a inspeção visual
 Histórico médico e inspeção visual

creatinina pedido médico

eletrocardiograma pedido médico

HR

fundo de olho pedido médico

Direito No

Esquerdo No