

--	--

T	Telefone ※Podemos entrar em contato em caso de emergência, por isso escreva telefonone	ID <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;">□</td> </tr> </table>	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□	□	□			
	Item _____	número _____										
Data de nascimento	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;">□</td> </tr> </table>		□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□	□	□			
consulta	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;">□</td> </tr> </table>		□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□	□	□			

- \* 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"/> normal <input type="checkbox"/> não é bom	<input type="checkbox"/> mais ou menos <input type="checkbox"/> não está bem
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? <small>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)</small>	<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?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não

## Histórico médico ① Assinale com traço vertical |

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

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

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