

# Ficha de Consulta para Exame de Câncer Número

TEL		ID	
※Podemos entrar em contato em caso de emergência, por isso escreva telefone		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
flem		Número	
Data de nascimento	<input type="text"/>	número pessoal	<input type="text"/>
consulta	<input type="text"/>		

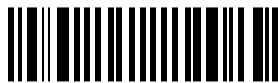
\* Preencha a **lápiz** e traga no dia da consulta. Entregue após terminar os exames.

\* Será processado mecanicamente, portanto não manche, nem dobre.

Para exame de câncer de mama e útero, **preencha também o verso.**

\* Preencha sobre o histórico médico atual e histórico médico anterior, nas colunas do questionário (marcado com sinal de estrela ★).

Nota sobre o preenchimento: Para itens relacionados à sua condição física, marque com um traço vertical  o item que se aplica a você no último mês.

<b>Histórico médico atual e histórico anterior de exame para tuberculose e câncer de pulmão</b> ★	<b>Questionário para exame de tuberculose/câncer de pulmão</b> ★	<b>exame de câncer de pulmão</b> ■	<b>exame de câncer de estômago</b> ■																																																																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th>nenhum</th> <th>em tratamento</th> <th>já curado</th> <th>sem tratar</th> <th>feito cirurgia</th> <th>idade</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>pneumoconiose</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>tuberculose pulmonar</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>brônquite crônica</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>pneumonia</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>pleurite</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>asma</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>câncer de pulmão</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="6">outras doenças respiratórias ( )</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>	nenhum	em tratamento	já curado	sem tratar	feito cirurgia	idade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	pneumoconiose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	tuberculose pulmonar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	brônquite crônica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	pneumonia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	pleurite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	câncer de pulmão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	outras doenças respiratórias ( )						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nunca fumei <input type="checkbox"/> eu fumo parei de fumar ( <input type="text"/> anos atrás) índice de tabagismo (quantidade) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> por dia × <input type="text"/> <input type="text"/> anos = índice de tabagismo <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Número <input type="text"/> teste de escarro <input type="checkbox"/> • não quero teste de escarro • solicitar teste de escarro tabagismo (acima de 600) (acima de 50 anos) • distribuição	Número <input type="text"/> • pedido de laxante <input type="checkbox"/> Exame de câncer de intestino • 1 <input type="checkbox"/> • 2 <input type="checkbox"/>
nenhum	em tratamento	já curado	sem tratar	feito cirurgia	idade																																																																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>																																																																
pneumoconiose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>																																																																
tuberculose pulmonar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>																																																																
brônquite crônica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>																																																																
pneumonia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>																																																																
pleurite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>																																																																
asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>																																																																
câncer de pulmão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>																																																																
outras doenças respiratórias ( )																																																																					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>																																																																
	histórico de exame de câncer de pulmão <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim																																																																				

<b>Histórico médico atual e anterior de exame para câncer de estômago e câncer de intestino</b> ★	<b>Questionário para exame de câncer de estômago e de intestino</b> ★	<b>Questionário para exame de câncer de estômago</b> ■																																																																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th>nenhum</th> <th>em tratamento</th> <th>já curado</th> <th>sem tratar</th> <th>feito cirurgia</th> <th>idade</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>úlcera gástrica</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>úlcera duodenal</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>pólipos estomacais</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>câncer de estômago</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>pólipos de intestino</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>câncer de intestino</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Helicobacter Pylori</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="6">outros distúrbios digestivos ( )</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>	nenhum	em tratamento	já curado	sem tratar	feito cirurgia	idade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	úlcera gástrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	úlcera duodenal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	pólipos estomacais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	câncer de estômago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	pólipos de intestino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	câncer de intestino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Helicobacter Pylori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	outros distúrbios digestivos ( )						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ① nenhum <input type="checkbox"/> ② gestantes (ou com possibilidade de estar grávida) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ③ perda de peso <input type="checkbox"/> ④ falta de apetite <input type="checkbox"/> ⑤ estômago pesado ou dor <input type="checkbox"/> ⑥ azia, arrotos, náusea com vômito as vezes <input type="checkbox"/> ⑦ dificuldade para engolir alimentos <input type="checkbox"/> ⑧ problemas de fezes <input type="checkbox"/> ⑨ quero defecar várias vezes <input type="checkbox"/> ⑩ tem hemorróida <input type="checkbox"/> ⑪ alérgico a Bário	comer e beber <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim → ( <input type="text"/> ) quantidade e tempo presença de gastrectomia <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim → ( <input type="text"/> ) intervalo de ressecção alergia ao Bário <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim [cancelado] <input type="checkbox"/> primeira vez expl. <input type="checkbox"/> diverticulite colônica <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim [cancelado] doença cerebral ( <input type="text"/> ) histórico após doença <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim foi informado que tem pressão alta <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim → pressão arterial normal ( <input type="text"/> ) tratamento hipertensão <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim pressão arterial hoje (preenchido) ( <input type="text"/> / <input type="text"/> ) medicina interna hoje <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim
nenhum	em tratamento	já curado	sem tratar	feito cirurgia	idade																																																															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>																																																															
úlcera gástrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>																																																															
úlcera duodenal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>																																																															
pólipos estomacais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>																																																															
câncer de estômago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>																																																															
pólipos de intestino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>																																																															
câncer de intestino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>																																																															
Helicobacter Pylori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>																																																															
outros distúrbios digestivos ( )																																																																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>																																																															

comentário da equipe (carimbo)

