

Ficha de Consulta de Exame Médico do Cidadão (Exame Básico)

Número

ID

--	--

T	Telefone	ID								
	*Podemos entrar em contato em caso de emergência, por isso escreva telefone	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> </tr> </table>								
	Item	número								
Data de nascimento	Idade	Sexo								
tipo exame	número pessoal	grupo								
consulta	local	número seguradora								
	símbolo	número								
		cupom consulta								

* Preencha a lápis 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.

Pergunta

Assinale com um traço vertical nas questões que correspondem

1. Atualmente você toma algum remédio entre a e c?

- a. remédio para reduzir pressão arterial sim não
- b. remédio ou injeção de insulina para baixar açúcar no sangue sim não
- c. remédio para reduzir colesterol e triglicerídeos sim não

2. Algum médico disse que você teve um derrame cerebral (hemorragia, infarto cerebral, etc) e fez tratamento?

sim não

3. Algum médico disse que você teve uma doença cardíaca (angina, infarto do miocárdio etc) e fez tratamento?

sim não

4. Algum médico disse que você teve doença renal crônica, insuficiência renal ou está em tratamento?

sim não

5. Algum médico disse que você teve anemia? (exceto durante a gravidez)

sim () anos atrás não

6. Atualmente, você fuma habitualmente?

(* [Pessoas que fumam habitualmente] quer dizer [pessoas que fumaram acima de 100 cigarros e/ou pelo período de 6 meses ou mais] ou que fumam atualmente no último mês)

sim não

7. Você engordou mais de 10 kgs desde que tinha 20 anos de idade?

sim não

8. Faz exercício físico de suor leve por 30 minutos, 2 dias por semana por 1 ano ou mais?

sim não

9. Diariamente você caminha ou faz exercício físico por pelo menos 1 hora por dia?

sim não

10. Você anda mais rápido do que pessoas de mesma idade e sexo?

sim não

11. Como é sua mastigação de alimentos?

consigo mastigar qualquer coisa tenho um pouco de dificuldade em mastigar porque tenho algum problema nos dentes, gengiva ou oclusão dificilmente mastigo

12. Você janta 2 horas antes de dormir, 3 ou mais vezes por semana?

sim não

13. Você come ou bebe algo doce fora das 3 refeições diárias? (café da manhã, almoço, janta)

diariament às vezes raramente

14. Você deixa de tomar café da manhã 3 ou mais vezes por semana?

sim não

15. Você está dormindo e descansando o suficiente?

sim não

16. Velocidade ao comer em comparação com outras pessoas:

rápido normal devagar

17. Com que frequência você bebe bebida alcoólica? (sakê, shochu, cerveja, licor)

diariamente às vezes raramente (ou não bebo)

18. 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)

até 1 dose de 1 a 2 doses de 2 a 3 doses acima de 3 doses

19. Gostaria de melhorar seu estilo de vida com exercícios físicos e hábitos alimentares?

não pretendo modificar pretendo melhorar (dentro de 6 meses)

Vai melhorar em um futuro próximo (em até 1 mês) e/ou por isso já iniciei melhorando (menos de 6 meses) melhorando (mais de 6 meses)

20. Se você tivesse a oportunidade de receber orientações de saúde para melhorar seu estilo de vida, você as usaria?

sim não

Histórico médico

Assinale com traço vertical

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

000000

Sintomas

Assinale caso tenha tido sintomas no último mês

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



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



assinatura

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)

	orientação (em tratamento)	necessário cuidados médicos
exame médico 1. arritmia	<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
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