

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	
	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

*	<p>1. Atualmente você toma algum remédio entre a e c?</p> <p>a. remédio para reduzir pressão arterial <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p> <p>b. remédio ou injeção de insulina para baixar açúcar no sangue <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p> <p>c. remédio para reduzir colesterol e triglicerídeos <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p>
	<p>2. Algum médico disse que você teve um derrame cerebral (hemorragia, infarto cerebral, etc) e fez tratamento?</p> <p><input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p>
	<p>3. Algum médico disse que você teve uma doença cardíaca (angina, infarto do miocárdio etc) e fez tratamento?</p> <p><input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p>
	<p>4. Algum médico disse que você teve doença renal crônica, insuficiência renal ou está em tratamento?</p> <p><input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p>
	<p>5. Algum médico disse que você teve anemia? (exceto durante a gravidez)</p> <p><input type="checkbox"/> sim () anos atrás <input type="checkbox"/> não</p>
*	<p>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)</p> <p><input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p>
	<p>7. Você engordou mais de 10 kgs desde que tinha 20 anos de idade?</p> <p><input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p>
	<p>8. Faz exercício físico de suor leve por 30 minutos, 2 dias por semana por 1 ano ou mais?</p> <p><input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p>
	<p>9. Diariamente você caminha ou faz exercício físico por pelo menos 1 hora por dia?</p> <p><input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p>
	<p>10. Você anda mais rápido do que pessoas de mesma idade e sexo?</p> <p><input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p>
	<p>11. Como é sua mastigação de alimentos?</p> <p><input type="checkbox"/> consigo mastigar qualquer coisa <input type="checkbox"/> tenho um pouco de dificuldade em mastigar porque tenho algum problema nos dentes, gengiva ou oclusão <input type="checkbox"/> dificilmente mastigo</p>
	<p>12. Você janta 2 horas antes de dormir, 3 ou mais vezes por semana?</p> <p><input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p>
	<p>13. Você come ou bebe algo doce fora das 3 refeições diárias? (café da manhã, almoço, janta)</p> <p><input type="checkbox"/> diariamente <input type="checkbox"/> às vezes <input type="checkbox"/> raramente</p>
	<p>14. Você deixa de tomar café da manhã 3 ou mais vezes por semana?</p> <p><input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p>
	<p>15. Você está dormindo e descansando o suficiente?</p> <p><input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p>
	<p>16. Velocidade ao comer em comparação com outras pessoas:</p> <p><input type="checkbox"/> rápido <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> devagar</p>
*	<p>17. Com que frequência você bebe bebida alcoólica? (sakê, shochu, cerveja, licor)</p> <p><input type="checkbox"/> diariamente <input type="checkbox"/> às vezes <input type="checkbox"/> raramente (ou não bebo)</p>
	<p>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)</p> <p><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</p>
	<p>19. Gostaria de melhorar seu estilo de vida com exercícios físicos e hábitos alimentares?</p> <p><input type="checkbox"/> não pretendo modificar <input type="checkbox"/> pretendo melhorar (dentro de 6 meses)</p> <p><input type="checkbox"/> Vai melhorar em um futuro próximo (em até 1 mês) e/ou por isso já iniciei <input type="checkbox"/> melhorando (menos de 6 meses) <input type="checkbox"/> melhorando (mais de 6 meses)</p>
	<p>20. Se você tivesse a oportunidade de receber orientações de saúde para melhorar seu estilo de vida, você as usaria?</p> <p><input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p>

Histórico médico

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"/>	<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

<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



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
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