

Nome do profissional

ESPECIALIDADE

QUESTIONÁRIO DE SAÚDE

POR FAVOR PREENCHA COM "LETRA DE FORMA" ou "LETRA DE IMPRENSA"

Nome _____	Data de Nascimento _____	Sexo _____	
Peso _____	Altura _____	Estado Civil _____	Ocupação _____
Endereço _____	Bairro _____	CEP _____	Telefone _____
Parente mais próximo _____	Telefone _____		
Se estiver preenchendo para outra pessoa, qual a sua relação com a mesma? _____			
Última consulta com outro profissional _____	<input type="checkbox"/> Eletiva	<input type="checkbox"/> Urgência	
Indicado por _____	e-mail do paciente: _____		

Este questionário deve ser totalmente respondido para sua segurança

	sim	não	
1 - Você está, no momento, sentindo algum tipo de dor ou desconforto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2 - Você está sendo (ou foi) submetido (a) a tratamento médico atual ou recente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3 - Foi submetido (a) a alguma cirurgia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4 - Já se submeteu a algum tratamento ou exame por radiação? (Radioterapia, Raios-X, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5 - Já teve (ou tem) alguma doença maligna? (Câncer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6 - Já teve algum tipo de problema com tratamentos médicos ou odontológicos anteriores?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7 - Já apresentou algum problema de hemorragia após extrações dentárias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8 - Você fica nervoso antes de algum tratamento ou consulta ao Médico ou ao Dentista?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9 - Assinale o que tem ou teve:			
<input type="checkbox"/> Falta de ar	<input type="checkbox"/> Tosse	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Epilepsia
<input type="checkbox"/> Dor no peito	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Cirrose	<input type="checkbox"/> Derrame
<input type="checkbox"/> Pressão alterada	<input type="checkbox"/> Enfisema	<input type="checkbox"/> Úlcera digestiva	<input type="checkbox"/> Prótese cardíaca
<input type="checkbox"/> Problemas de tireóide	<input type="checkbox"/> Bronquite	<input type="checkbox"/> Febre reumática	<input type="checkbox"/> Problemas neurológicos
<input type="checkbox"/> Fortes dores de cabeça	<input type="checkbox"/> Tuberculose	<input type="checkbox"/> Problemas renais	<input type="checkbox"/> Tratamento psiquiátrico
<input type="checkbox"/> Tendência a desmaios	<input type="checkbox"/> Convulsões	<input type="checkbox"/> Hepatite ou icterícia	<input type="checkbox"/> Doença das glândulas salivares
<input type="checkbox"/> Doenças dos ossos	<input type="checkbox"/> Artrite	<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Doenças sexualmente transmissíveis (doenças venéreas)
<input type="checkbox"/> Articulação artificial	<input type="checkbox"/> Sinusite	<input type="checkbox"/> Doenças do sangue	
<input type="checkbox"/> Reumatismo	<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> Transfusão sanguínea	
<input type="checkbox"/> Dor articular na Mandíbula	<input type="checkbox"/> Aftas bucais	<input type="checkbox"/> AIDS	
10 - Você fuma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11 - Você bebe? (Considere o ato de beber socialmente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12 - Você já fez (ou faz) uso regular de algum medicamento ou droga?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13 - Já apresentou algum tipo de alergia a medicamentos ou alimentos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14 - Já teve alguma complicação após anestesia (local ou geral)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15 - Você ganhou ou perdeu aproximadamente 5 Kg no último ano?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16 - Você está fazendo alguma dieta especial no momento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17 - Você já teve (ou tem) alguma outra doença grave ou não listada aqui?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Para ser respondido por pacientes do sexo feminino:			
18 - Você está grávida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19 - Tem algum problema associado ao ciclo menstrual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20 - Tem algum tipo de medicamento de rotina? (Anticoncepcionais, Hormônios)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Declaro que as informações acima são verdadeiras e corretas. Em caso de quaisquer alterações informarei ao Profissional em consulta subsequente.

Local e data

Assinatura do paciente ou responsável

Profissional

