



CAPESAÚDE - PERFIL DA SAÚDE DOS ASSOCIADOS

ANS - nº 324477

Nome: _____ Matrícula: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Por favor, informe o seu peso e altura:
 Peso Kg
 Altura cm

Você fuma ou já fumou? Não Sim
 Por quanto tempo? Anos Meses
 Quantos? ___ Cigarros /dia ___ Maços /dia

Você usa bebidas alcoólicas?
 Não Sim Diariamente
 Duas a três vezes por semana Uma vez por semana

Você pratica alguma atividade física?
 Não Sim Diariamente
 Duas a três vezes por semana Uma vez por semana

Você já teve algum "pico" de pressão?
 Não Sim Não sei

Você costuma se expor ao sol por tempo prolongado?
 Não Sim Não sei

Durante as refeições você costuma colocar mais sal na comida?
 Não Sim Não sei

Você tem colesterol alto?
 Não Sim Não sei

Você tem um médico que cuida de você?
 Não Sim

Quando você mediu sua pressão arterial pela última vez?
 Há menos de 6 meses
 Entre 6 meses e 1 ano
 Há mais de 1 ano
 Nunca mediu ou não sei

Você apresenta algum dos sintomas abaixo?

Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Dor de cabeça	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Falta de ar
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dificuldade para enxergar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tosse e expectoração
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tonteira ou vertigens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	"Chiado" no peito
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dor no peito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Urina com espuma
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Palpitação (coração acelerado)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Urina com sangue ou escura
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cansaço fácil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dificuldade para urinar ou jato fraco
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muita fome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Manchas/sinais escuros na pele
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muita sede	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Manchas/sinais na pele que coçam
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Perda de peso sem explicação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inchaço/edema nas pernas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Feridas na pele que não cicatrizam	Algum outro sintoma? Descreva: _____		

Você é atendido por algum dentista?
 Não Sim Através de um plano
 No serviço público Pago particular

RESPONDA APENAS SE FOR MULHER

Você fez exame ginecológico no último ano?
 Não Sim

Você fez o auto-exame de mama no último ano?
 Não Sim Não sei fazer

Você já teve bebê com mais de 4Kg ao nascer ou diabetes durante a gravidez?
 Não Sim Não sei dizer

Os seus pais ou irmãos têm ou tiveram alguma(s) da(s) doença(s) abaixo?

Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Não sei <input type="checkbox"/>	Pressão alta (hipertensão)	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Não sei <input type="checkbox"/>	Morte súbita
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Câncer de mama
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma/ Bronquite/ Enfizema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Câncer de próstata
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Insuficiência/dilatação do coração	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Câncer de útero
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Angina/Infarto do coração	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Câncer de pulmão
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Derrame/AVC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Câncer de pele
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Insuficiência dos Rins(renal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Câncer de intestino

Outro tipo de câncer? Qual? _____

Outro tipo de doença? Qual? _____

Data: ____/____/____ Local: _____

Preenchido pelo:
 Próprio Assinatura _____
 Responsável Nome _____
 Grau de parentesco _____

Você é portador de:
 Não Sim
 Pressão alta (hipertensão)
 Diabetes
 Asma/ Bronquite/ Enfizema
 Insuficiência cardíaca/Dilatação do coração
 Angina/Infarto do coração
 Derrame/AVC

Alguma outra doença do coração(cardíaca)?
 Não Sim Qual? _____

Algum tipo de câncer?
 Não Sim Qual? _____

Algum tipo de doença nos pulmões(pulmonar)?
 Não Sim Qual? _____

Algum tipo de doença dos rins(renal)?
 Não Sim Qual? _____

Alguma outra doença?
 Qual? _____

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO

- 1 - Preencha os campos vazios correspondentes a sua resposta;
- 2 - Em alguns casos pode haver necessidade de preencher mais de um campo para resposta;
- 3 - Não esqueça de assinar o formulário após o preenchimento.