

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

Por favor, informe o seu peso e altura: Peso <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Kg Altura <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm	Você fuma ou já fumou? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Quantos? — Cigarros /dia — Maços /dia	Por quanto tempo? <input type="checkbox"/> Anos <input type="checkbox"/> Meses	Você usa bebidas alcoólicas? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Duas a três vezes por semana <input type="checkbox"/> Uma vez por semana	Você pratica alguma atividade física? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Duas a três vezes por semana <input type="checkbox"/> Uma vez por semana
---	---	--	---	--

Você já teve algum "pico" de pressão? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não sei	Você costuma se expor ao sol por tempo prolongado? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não sei	Durante as refeições você costuma colocar mais sal na comida? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não sei	Você tem colesterol alto? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não sei	Você tem um médico que cuida de você? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Quando você mediu sua pressão arterial pela última vez? <input type="checkbox"/> Há menos de 6 meses <input type="checkbox"/> Entre 6 meses e 1 ano <input type="checkbox"/> Há mais de 1 ano <input type="checkbox"/> Nunca medi ou não sei
---	--	---	---	---	--

Você apresenta algum dos sintomas abaixo?

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

RESPONDA APENAS SE FOR HOMEM

Você fez exame clínico de próstata(toque retal), no último ano?
 Não
 Sim

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

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

Outro tipo de câncer? Qual? _____
 Outro tipo de doença? Qual? _____

Você é portador de:

Não Sim <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pressão alta (hipertensão) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Asma/ Bronquite/ Enfizema <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Insuficiência cardíaca/Dilatação do coração <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Angina/Infarto do coração <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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? _____

Data: ____/____/____ Local: _____

Preenchido pelo:

Próprio Assinatura _____

Responsável Nome _____

Grau de parentesco _____

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.