CAPESESP

CAPESAÚDE - PERFIL DA SAÚDE DOS ASSOCIADOS

ANS - nº 324477

Nome _____ Matrícula _____ Idade _____ Sexo ☐ M ☐ F Peso:_____Kg Altura:_____cm

Você fuma ou já fumou?
☐ Sim ☐ Não

Quantos?
Cigarros/dia
Maços/dia

Por quanto tempo?
Anos Meses

Você usa bebidas alcoólicas?
☐ Sim ☐ Não

Com que frequência?
☐ Diariamente
☐ Duas a três vezes por semana
☐ Uma vez por sermana

Você pratica alguma atividade física?
☐ Sim ☐ Não

Com que frequência?
☐ Diariamente
☐ Duas a três vezes por semana
☐ Uma vez por sermana

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

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

Durante as refeições, você costuma Colocar mais sal na comida?
☐ Sim
☐ Não
☐ Não sei

Você tem colesterol alto?
☐ Sim
☐ Não
☐ Não sei

Você tem um médico que cuida de você?
☐ Sim
☐ Não

Quando você mediu sua pressão Arterial pela última vez?
☐ Há menos de seis meses
☐ Entre seis meses e um ano
☐ Há mais de um ano
☐ Nunca medi ou não sei

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

Suas gengivas sangram com frequência?
☐ Sim
☐ Não

Você frequenta o dentista Periodicamente?
☐ Semestralmente
☐ Uma vez ao ano
☐ Uma vez a cada dois anos ou mais

Você apresenta algum dos sintomas abaixo?

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

Algum outro sintoma? Descreva:
_____
_____

Responda apenas se for Do sexo masculino

Você fez exame clínico de próstata (Toque retal) no último ano?
☐ Sim
☐ Não

Responda apenas se for do sexo feminino

Você fez exame ginecológico No último ano?
☐ Sim
☐ Não

Você fez exame autoexame das mamas no último ano?
☐ Sim
☐ Não
☐ Não sei fazer

Você teve bebê com mais de 4kg ao nascer ou diabetes durante a gravidez?
☐ Sim
☐ Não
☐ Não sei fazer

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

Sim	Não	Não sei		Sim	Não	Não sei	
☐	☐	☐	Pressão alta (hipertensão)	☐	☐	☐	Câncer de mama
☐	☐	☐	Diabetes	☐	☐	☐	Câncer de próstata
☐	☐	☐	Asma / bronquite / enfisema	☐	☐	☐	Câncer de útero
☐	☐	☐	Insuficiência cardíaca / dilatação do coração	☐	☐	☐	Câncer de pulmão
☐	☐	☐	Angina / infarto do coração	☐	☐	☐	Câncer de pele
☐	☐	☐	Derrame / avc	☐	☐	☐	Câncer de intestino
☐	☐	☐	Insuficiência dos rins (renal)				**Outro tipo de câncer? Qual?**_____
☐	☐	☐	Morte súbita				**Outro tipo de câncer? Qual?**_____

Você portador de

Sim	Não	
☐	☐	Pressão alta (hipertensão)
☐	☐	Diabetes
☐	☐	Asma / bronquite / enfisema
☐	☐	Osteoporose / osteopenia
		Já sofreu alguma fratura? ☐ Sim ☐ Não
		Qual? _____ Com que idade? _____
☐	☐	Insuficiência cardíaca / dilatação do coração
☐	☐	Angina / infarto do coração
☐	☐	Derrame / avc

Alguma outra doença do coração? ☐ Sim ☐ Não
Qual? _____
Alguma doença nos pulmões (pulmonar)? ☐ Sim ☐ Não
Qual? _____
Algum tipo de câncer? ☐ Sim ☐ Não
Qual? _____
Alguma doença nos rins (renal)? ☐ Sim ☐ Não
Qual? _____
Alguma outra doença?
Qual? _____

Local: _____ **Data:** _____

Preenchido por:
O Próprio _____
Assinatura

Preenchido por:
Responsável _____
Nome
_____
Assinatura

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.