



CAPESAÚDE - PERFIL DA SAÚDE DOS ASSOCIADOS

ANS - Nº 324477

Nome:	Matrícula:	Idade:	Sexo:	Peso: _____ Kg Altura: _____ cm
-------	------------	--------	-------	------------------------------------

Você fuma ou já fumou? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Quantos? <input type="checkbox"/> Cigarros/dia <input type="checkbox"/> Maços/dia Por quanto tempo? <input type="checkbox"/> Anos <input type="checkbox"/> Meses	Você usa bebidas alcoólicas? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Com que frequência? <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"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Com que frequência? <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"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Não sei
Você costuma se expor ao sol por tempo prolongado? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Não sei	Durante as refeições, você costuma colocar mais sal na comida? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Não sei	Você tem colesterol alto? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Não sei	Você tem um médico que cuida de você? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Quando você mediu sua pressão arterial pela última vez? <input type="checkbox"/> Há menos de seis meses <input type="checkbox"/> Entre seis meses e um ano <input type="checkbox"/> Há mais de um ano <input type="checkbox"/> Nunca medi ou não sei	Suas gengivas sangram com frequência? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Você apresenta algum dos sintomas abaixo? SIM NÃO <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 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Falta de ar	
Você é atendido por algum dentista? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Através de um plano <input type="checkbox"/> No serviço público <input type="checkbox"/> Pago particular	Você frequenta o dentista periodicamente? <input type="checkbox"/> Semestralmente <input type="checkbox"/> Uma vez ao ano <input type="checkbox"/> Uma vez a cada dois anos ou mais	<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 de 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: _____ _____ _____	
Responda apenas se for do sexo masculino		Responda apenas se for do sexo feminino	
Você fez exame clínico de próstata (toque retal) no último ano? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Você fez exame ginecológico no último ano? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Você fez exame autoexame das mamas no último ano? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Não sei fazer	Você teve bebê com mais de 4kg ao nascer ou diabetes durante a gravidez? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Não sei dizer

Seus pais ou irmãos têm ou tiveram alguma(s) da(s) doença(s) abaixo? SIM NÃO 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 / Enfisema <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Insuficiência cardíaca / 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) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Morte súbita	SIM NÃO NÃO SEI <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 Câncer? Qual? _____
--	---

Você portador de SIM NÃO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pressão alta (Hipertensão) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Asma / Bronquite / Enfisema <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Osteoporose / Osteopenia Já sofreu alguma fratura? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Qual? _____ Com que idade? _____ <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? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Qual? _____ Alguma doença nos pulmões (pulmonar)? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Qual? _____ Algum tipo de câncer? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Qual? _____ Alguma doença nos rins (renal)? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Qual? _____ Alguma outra doença? Qual? _____
---	---

Local: _____	Data: ____/____/____.
Preenchido por: <input type="checkbox"/> O Próprio	Preenchido por: <input type="checkbox"/> Responsável Nome: _____
Assinatura _____	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.