



Questionário do paciente

Nome: _____

Data de Nascimento: ___ / ___ / _____

E-mail: _____

Telefone: (____) _____

Médico de referência: _____

Plano de Saúde: _____

Peso (Kg): _____

Altura (cm): _____

Medicamentos em uso

	Medicamento	Dose	Quantas vezes ao dia
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

Motivo da visita

Dor ou desconforto no peito	ECG anormal	Acompanhamento pós-cirurgia ou pós-angioplastia
Falta de ar ou edema	Pressão arterial	Marcapasso
Tonturas/desmaios/palpitações	Insuficiência cardíaca	Exame de rotina
Sopro cardíaco	Arritmia	Investigação de histórico familiar
Fadiga/cansaço	Doença valvar	Outros



Efeitos colaterais ou Intolerâncias (por favor, liste todos os medicamentos que tiveram que ser suspensos e por quê)

1 _____

2 _____

Alergias (medicamentos/látex/alimentos/corantes/contrastes). Descrever também a reação.

1 _____

2 _____

Fatores de risco cardíaco

Tabaco:

() Eu fumo desde ____ anos aproximadamente ____ cigarros por dia.

() Eu fumei por ____ anos aproximadamente ____ cigarros por dia e parei há ____ anos atrás.

() Nunca fumei.

Diabetes:

() Não () Sim - () Tipo 1 (juvenil) () Tipo 2 (Início na idade adulta).

Colesterol:

Você foi diagnosticado com Colesterol Alto? () Sim () Não

Você foi diagnosticado com triglicerídeos elevados? () Sim () Não

Hipertensão arterial:

() Sim () Não

Último registro de pressão arterial, se conhecido: ____/____ mmHg.

Histórico Familiar:

Alguma Mulher em sua família foi diagnosticada com doença cardíaca antes dos 65 anos de idade? () Sim () Não

Algum Homem em sua família foi diagnosticado com doença cardíaca antes dos 55 anos?

() Sim () Não

Morte Súbita na Família? (qualquer morte inesperada em idade jovem, menos de 45 anos)

() Sim () Não

Artrite reumatóide?

() Sim () Não



Insuficiência renal?

() Sim () Não

Hipotireoidismo?

() Sim () Não

Doença vascular? (Já teve doença das artérias ou veias da perna)

() Sim () Não

História cardíaca progressa

Insuficiência cardíaca?

() Sim () Não

Infarto prévio?

() Sim () Não - Quando? _____

Angioplastia (stent) prévio?

() Sim () Não - Quando? _____ Onde? _____

Cirurgia cardíaca de ponte prévia?

() Sim () Não - Quando? _____ Onde? _____

Cirurgia cardíaca valvar prévia?

() Sim () Não - Quando? _____ Onde? _____

Qual(is) válvula(s)? _____

Marcapasso/CDI prévio?

() Sim () Não - Quando? _____ Onde? _____

Ablação prévia de arritmias?

() Sim () Não - Quando? _____ Onde? _____

Qualquer arritmia cardíaca conhecida?

() Sim () Não - Qual? _____



Histórico médica anterior: (cirurgias/internações/doenças crônicas/fatos relevantes)

1 _____
2 _____
3 _____
4 _____
5 _____
6 _____
7 _____
8 _____

Uso de bebida alcoólica?

Não Raramente Socialmente Frequentemente Diariamente

Problemas de sangramento?

Sim Não

Qual? hemorragias nasais úlceras estomacais perda de sangue retal

perda de sangue pelo trato urinário sangramento no cérebro sangramento ocular

Problemas de coagulação?

Sim Não

Qual? trombose venosa profunda (TVP) embolia pulmonar coágulos arteriais

abortos membros da família com problemas de coagulação

Capacidade funcional

Ilimitada, não tenho nenhum sintoma.

Não consigo fazer atividades muito extenuantes sem apresentar sintomas.

Não consigo fazer atividades leves sem apresentar sintomas (por exemplo, subir um lance de escadas / varrer a casa).

Eu me sinto desconfortável mesmo em repouso.

Por favor, avalie em uma escala de 0 a 100 quão ruim você acha que seus sintomas são (100 é o pior que você pode imaginar): _____.

Por favor, descreva quais sintomas você tem e como eles interferem em sua vida:



Revisão dos Sistemas

- Você sente dor, desconforto ou aperto no peito, braços ou mandíbula? () Sim () Não
- Você sentiu alguma palpitação? () Sim () Não
- Você já suou excessivamente durante um esforço pequeno ou em repouso? () Sim () Não
- Você desmaiou ou sentiu que ia desmaiar? () Sim () Não
- Você dorme com vários travesseiros apoiados para evitar falta de ar? () Sim () Não
- Você acorda no meio da noite sentindo falta de ar? () Sim () Não
- Você tem dor na panturrilha quando anda e alivia com o repouso? () Sim () Não
- Você notou algum inchaço nas mãos, pés ou tornozelos? () Sim () Não
- Você experimentou algum ganho de peso recente? () Sim () Não
- Você teve alguma perda de peso recente? () Sim () Não
- Você teve alguma febre recente? () Sim () Não
- Você experimentou alguma mudança visual recente? () Sim () Não
- Você já teve alguma perda auditiva? () Sim () Não
- Já te disseram que você ronca? () Sim () Não
- Você para/pausa a respiração durante o sono? () Sim () Não
- Você teve algum episódio recente de tosse com sangue? () Sim () Não
- Você sente ou sentiu falta de ar? Isso é novo? () Sim () Não
- Você sentiu náuseas? () Sim () Não
- Você tem tido algum refluxo/ "azia"? () Sim () Não
- Você notou algum sangue recente nas fezes? () Sim () Não
- Você notou sangue na urina? () Sim () Não
- Você tem que urinar com frequência durante a noite? () Sim () Não
- Você teve algum episódio recente de tontura? () Sim () Não
- Você já experimentou algum episódio de perda de memória? () Sim () Não
- Você teve alguma convulsão no último ano? () Sim () Não
- Você se sentiu deprimido recentemente? () Sim () Não
- Você está sentindo alguma dor nas articulações? () Sim () Não
- Você está sentindo alguma dor muscular recente? () Sim () Não

Muito obrigado pelo seu tempo e esforço.

Por favor, não se esqueça de trazer o questionário para a sua consulta.

Aguardo você no meu consultório.

Atenciosamente,

Rodolfo Cardoso

Cardiologista RQE 159333