

QUESTIONÁRIO MÉDICO PARA PRIMEIRAS CONSULTAS
(EXTRAÍDO DE WWW.DRVONMUHLEN.NET)

NOME: _____ Email: _____

Prezado(a) senhor(a),

com o objetivo de realizar uma avaliação médica mais completa, sua participação é muito importante com o preenchimento das questões a seguir. Suas informações são de grande valor no esclarecimento do problema que lhe motiva procurar auxílio médico. O acesso a estas respostas é restrito, preservando o caráter absolutamente sigiloso da relação médico-paciente. Portanto, entregue este questionário em mãos apenas para seu médico. Guarde uma cópia para seu arquivo pessoal.

I - Na infância você apresentou alguma doença mais complicada que tenha necessitado internação hospitalar, tratamento prolongado, ou deixado sequelas?

Não Sim. Quais? _____

II - Você já foi submetido(a) a alguma cirurgia nas articulações?

Não Sim. Qual o tipo de cirurgia e a data aproximada? _____

III - Você já foi submetido(a) a algumas destas cirurgias?

Datas aproximadas

- | | |
|--|-------|
| <input type="checkbox"/> Retirada do apêndice (apendicite) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Retirada da vesícula | _____ |
| <input type="checkbox"/> Cirurgia de hemorroidas | _____ |
| <input type="checkbox"/> Cirurgia de varizes | _____ |
| <input type="checkbox"/> Retirada de amígdalas | _____ |
| <input type="checkbox"/> Cirurgia de ponte safena (coração) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Cirurgia de próstata | _____ |
| <input type="checkbox"/> Cirurgia de útero ou ovários | _____ |
| <input type="checkbox"/> Cirurgia plástica | _____ |
| <input type="checkbox"/> Cirurgia de hérnia (abdômen ou virilha) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Cirurgia de hérnia de disco da coluna | _____ |
| <input type="checkbox"/> Outras cirurgias | _____ |
| <input type="checkbox"/> Nunca foi submetido(a) a cirurgias | _____ |

IV – Você já teve algum tumor ou forma de câncer? Qual? Favor indicar datas aproximadas e tratamento.

Não Sim: _____

V – Você já sofreu ou está com alguma das doenças abaixo? Favor indicar datas aproximadas.

- | | | |
|---|-------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Hepatite | <input type="checkbox"/> Tifo | <input type="checkbox"/> Gastrite, esofagite, úlcera do estômago: _____ |
| <input type="checkbox"/> Infarto do miocárdio | | <input type="checkbox"/> Toxoplasmose |
| <input type="checkbox"/> Caxumba | | <input type="checkbox"/> Infecção por clamídia |
| <input type="checkbox"/> Rubéola | | <input type="checkbox"/> Outras doenças graves: _____ |

VI - Você já sofreu algum destes acidentes, onde teve dano físico e necessitou de atendimento médico? (favor especificar o tipo de traumatismo e data aproximada, se houve fraturas e se o restabelecimento foi completo)

- Não Acidente de trânsito _____
- Acidente no trabalho _____
- Queda ao solo _____
- Acidente doméstico _____
-

VII - Você já tratou algum tipo de doença sexualmente adquirida (doença venérea)? (favor especificar o tipo, tratamento e data aproximada)

Não Sim _____

VIII- Você já recebeu transfusão de sangue?

() Não () Sim. Há quanto tempo? _____ Unidades/litros de sangue? _____ Meu sangue é tipo: _____
 Por que fez transfusão? _____

IX - Você tem alergia a algum medicamento, alimento ou substância?

() Não () Sim. Quais? _____
 Tipo de alergia: _____

X - Você tem asma?

() Não () Sim, desde a infância. () Sim, adquirida na vida adulta. Há quanto tempo? _____

XI - Você tem alguma destas alterações na pele? (favor especificar há quanto tempo)

() Não () Psoríase (placas avermelhadas e descamativas localizadas geralmente em região de couro cabeludo, joelhos, cotovelos, ao redor do umbigo ou sulco entre as nádegas) _____
 () Vitiligo (manchas brancas) _____
 () Alergia ao sol (fotossensibilidade) _____

XII - Você já apresentou algum destes problemas neurológicos? (favor indicar data aproximada)

() Não () Derrame (acidente vascular cerebral) _____
 () Convulsões/epilepsia _____
 () Enxaqueca _____
 () Meningite _____

XIII - Apenas para pessoas do sexo feminino:

- Você já engravidou? () Não
 () Sim. Quantas vezes? _____ Seus partos foram: () Normais. Quantos? _____
 () Cesareanas. Quantas? _____
 () Sim, mas teve abortamento: () Espontâneos. Quantos? _____
 () Provocados. Quantos? _____
 - Você faz uso de algum destes métodos anticoncepcionais? Não, estou em menopausa desde _____
 () Pílula. Qual? _____
 () DIU () Preservativo ou diafragma () Tabelinha () Fez ligadura tubária () Não usa nenhum destes

XIV - Você fuma?

() Não () Sim. Quantos cigarros por dia em média? _____
 () Fumou no passado. Durante quanto tempo? _____
 Quantos cigarros por dia em média? _____
 Parou há quanto tempo? _____

XV - Você tem o hábito de ingerir bebidas alcoólicas?

() Não () Sim. Qual a frequência? _____
 Qual o tipo de bebida? _____
 Qual a quantidade por dia em copos? _____
 () Já teve o hábito no passado. Qual a frequência? _____
 Qual o tipo de bebida? _____
 Qual a quantidade em copos? _____
 Durante quanto tempo? _____
 Parou há quanto tempo? _____

XVI - Você faz uso de algum tipo de droga? (maconha, cocaína, crack, outros)

() Não () Sim. Qual(is)? _____ Frequência: _____
 () Já fez uso no passado. Qual? _____

XVII - Quais os medicamentos que você usa regularmente? (favor indicar as doses diárias)

XVIII - Entre os seus familiares (“de sangue”) alguma destas doenças está presente? (favor descrever o grau de parentesco no espaço em branco)

- () Pressão alta _____ () Câncer_____
 () Doenças do coração_____ () Tuberculose_____
 () Diabete_____ () Doenças do sangue_____
 () Doenças psiquiátricas_____ () Obesidade_____
 () Asma/alergias graves_____ () Doenças dos rins_____
 () Outras_____

XIX - Na sua família há alguém com reumatismo?

- () Não () Sim. Qual o reumatismo, ou quais os sintomas? _____

Qual o grau de parentesco? _____

XX - O seu sono é:

- () Profundo e restaurador, ou seja, acorda descansado(a)
 () Superficial e não restaurador, ou seja, acorda cansado(a)
 () Agitado, com sonambulismo ou bruxismo (ranger de dentes)
 () Apresenta **apnéia do sono** (paradas da respiração)

XXI - Você pratica esportes ou exercícios? (favor indicar a frequência semanal)

- () Caminhadas/esteira_____
 () Corrida_____
 () Bicicleta_____
 () Pilates_____
 () Natação_____
 () Ginástica_____
 () Dança_____
 () Hidroginástica_____
 () Tênis/Paddle_____
 () Vôlei_____
 () Futebol_____
 () Basquete_____
 () Outros_____
 () **Nenhum**

XXII - No seu trabalho/ocupação você está exposto:

- a algum produto químico? () Sim. Qual? _____ () Não
 - a calor ou frio excessivo? () Sim. Qual? _____ () Não
 - outras condições insalubres () Sim. Quais? _____ () Não

XXIII - Você é religioso(a)?

- () Não () Sim. Qual sua religião? _____

XXIV - Você mora:

- | | |
|---|---|
| () sozinho(a)
() com a família
() outros _____ | () com o cônjuge
() com amigos(as) |
|---|---|

XXV – Você tem animais domésticos?

- () Não () Sim. Qual(is)? _____

XXVI – Indique seu(s) convênio(s) para efetuar exames de laboratório e imagem:

XXVII – Qual sua dexteridade (mão e membros que mais utiliza)?

Sou dextro(a) ____

Sou canhoto(a) _____

(faco quase tudo com a mão direita)

(Idem, com a mão esquerda)

Sou ambidextro(a) _____

(Idem, com as duas mãos)

XXVIII - Anote abaixo qualquer outra informação que você julgar importante:

XXIX. Minha expectativa para esta consulta é que:

() o médico passe diagnóstico e tratamento de forma sucinta

() não gosto de explicações aprofundadas e prefiro que o médico tome as decisões necessárias para meu bem estar

() o médico explique pormenorizadamente tudo que tenho, as chances de tratamento e o prognóstico

5) medico expõe por menorizadamente tudo que temos, as chances de tratamento e o prognostico
 6) outras possibilidades:

Assinatura: _____

Data: / /