

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

- | | |
|---|-------|
| () Retirada do apêndice (apendicite) | _____ |
| () Retirada da vesícula | _____ |
| () Cirurgia de hemorróidas | _____ |
| () Cirurgia de varizes | _____ |
| () Retirada de amígdalas | _____ |
| () Cirurgia de ponte safena (coração) | _____ |
| () Cirurgia de próstata | _____ |
| () Cirurgia de útero ou ovários | _____ |
| () Cirurgia plástica | _____ |
| () Cirurgia de hérnia (abdômen ou virilha) | _____ |
| () Cirurgia de hérnia de disco da coluna | _____ |
| () Outras cirurgias | _____ |
| () 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.

- | | | |
|--------------------------|----------------------------------|--|
| () Hepatite | () Tifo | () Gastrite, esofagite, úlcera do estômago: _____ |
| () Infarto do miocárdio | () Toxoplasmose | |
| () Caxumba | () Infecção por clamídia | |
| () Rubéola | () 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 () Tabela () 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)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Pressão alta_____ | <input type="checkbox"/> Câncer_____ |
| <input type="checkbox"/> Doenças do coração_____ | <input type="checkbox"/> Tuberculose_____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes_____ | <input type="checkbox"/> Doenças do sangue_____ |
| <input type="checkbox"/> Doenças psiquiátricas_____ | <input type="checkbox"/> Obesidade_____ |
| <input type="checkbox"/> Asma/alergias graves_____ | <input type="checkbox"/> Doenças dos rins_____ |
| <input type="checkbox"/> 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 o cônjuge
☐ com a família ☐ com amigos(as)
☐ outros _____

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) _____

Sou ambidextro(a) _____

(faço quase tudo com a mão direita)

(Idem, com a mão esquerda)

(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☐ outras possibilidades: _____

Assinatura: _____

Data: ____/____/____
