

ANEXO 1 - FORMULÁRIO DE PRÉ-CONSULTA - CLÍNICA MÉDICA

Informações do Paciente

Nome Completo:

Data de Nascimento:

Sexo:[] Masculino[] Feminino[] Outro[] Prefiro não informar

Número de Matrícula:

Número de prontuário (cartão do HUPAA):

Cargo e Função:

Telefone para Contato:

E-mail:

Histórico de Saúde:

Você é paciente regular deste ambulatório?[] Sim[] Não

Motivo principal da consulta:

Tempo de duração da queixa (quanto tempo tem?):

Você já foi diagnosticado com alguma das seguintes condições?

(Marque todas as que se aplicam)

- [] Hipertensão [] Diabetes [] Doenças cardíacas [] Doenças respiratórias (ex: asma, bronquite)
[] Problemas renais [] Doenças gástricas ou intestinais [] Doenças psiquiátricas
[] Doenças infecciosas (Chagas, hepatite B ou C, SIDA, IST, tuberculose pulmonar, hanseníase, etc.) [] Câncer [] Doenças ortopédicas [] Doenças no fígado [] Doenças autoimunes [] Doenças neurológicas [] Doenças vasculares [] Doenças endocrinológicas [] Doenças no aparelho urinário ou genital [] Doenças oftalmológicas [] Doenças otorrinolaringológicas
[] Outros (especificar): _____

Está em tratamento não medicamentoso atual? [] Sim[] Não

Se sim, descreva: _____

Usa algum medicamento regularmente?[] Sim[] Não

Se sim, descreva: _____

Você tem alguma alergia a medicamentos?

Se sim, descreva: _____

Tem histórico de cirurgias ou internações?[] Sim[] Não

Se sim, descreva: _____

Há alguma condição clínica emergencial ou que necessite de atenção imediata?[] Sim[] Não

Se sim, descreva: _____

Hábitos

Você consome algum dos seguintes?(Marque todos os que se aplicam)

[] Tabagismo (quantidade e frequência): _____

[] Etilismo (quantidade e frequência): _____

[] Drogas ilícitas (especificar substâncias e frequência): _____

Você pratica atividade física regularmente?[] Sim[] Não

Se sim, qual(is)? _____

Frequência e duração: _____

Vacinação:

Está com a vacinação em dia? [] Sim [] Não

Se não, quais vacinas você já recebeu e quais ainda precisam ser atualizadas?

Informações Adicionais:

Você possui algum encaminhamento ou exames prévios relacionados à sua consulta?

[] Sim [] Não

Se sim, traga-os no dia da consulta.

Informações adicionais ou observações importantes para o atendimento:

Declaração

Declaro que as informações fornecidas são verdadeiras e que me comprometo a comunicar quaisquer alterações nos meus dados de saúde ou de contato. Estou ciente de que o atendimento é agendado, e caso não compareça na data e horário agendados, poderei perder a vaga e comprometer a marcação para um novo atendimento.

Assinatura do Paciente: _____

Data: _____