

## 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:** \_\_\_\_\_