

CASA DE CARIDADE DE ALFENAS “N.S.P.SOCORRO”

CEA – CENTRO DE ENDOSCOPIA DE ALFENAS

Rua Martins Alfenas nº 1.608- Centro- Alfenas- MG

QUESTIONÁRIO PARA EXAMES Endoscopia- Colonoscopia- Broncoscopia

Nome _____ Idade _____

Data Nascimento ____/____/____ Telefone () _____ Municipio _____

Nome Mãe _____

Nome do acompanhante + parentesco _____

Já realizou este exame antes ?

() Endoscopia () Colonoscopia () Broncoscopia () Não

Tem algum problema de saúde?

() Coagulação () Coração () Pulmão () Rins () Pressão alta () Diabetes () Fígado

() Nenhuma () Outra _____

Toma algum medicamento?

AAS (Ácido acetilsalicílico), Aspirina, Buferin, Somalgim: () Sim () Não

Ticlodipina, Ticlid, Ticlobal, Plavix, Iscover: () Sim () Não

Marevam, Coumadin, Marcoumar: () Sim () Não

Outras medicações:

_____ () Nenhuma

Tem alergia a alguma medicação?

() Não () Sim- Nome da medicação: _____

Faz uso de algum tipo de prótese?

() Marca Passo () Prótese de válvula Cardíaca

() Nenhuma () Outra _____

Já realizou alguma cirurgia?

() Cardíaca () Intestino () Gástrica

() Nenhuma () Outra _____

Qual motivo da realização do exame (Sintomas):

Qual seu peso atual: KG _____

Recebeu orientações de como realizar o preparo para o exame? () Sim () Não

Qual tipo de Laxante tomou? () Imolac - Líquido () Duphalac () Picoprep

Outro (Nome) _____

Quantas vezes foi ao banheiro? () 1 () 2 a 3 () 4 a 6 () 6 a 8 () Mais de 8

Se do sexo Feminino, existe a possibilidade de gravidez?

() Não () Sim

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL - ALFENAS ____/____/____

Este questionário só poderá ser preenchido e assinado pelo paciente ou responsável