

NOME DO PACIENTE: _____ DATA NASCIMENTO: ____/____/____
NOME DA MÃE: _____
IDADE: _____ SEXO: MASCULINO () FEMININO () PESO: _____ ALTURA: _____
TELEFONES: () _____ () _____ RG: _____ CPF: _____
EXAME: ENDOSCOPIA () COLONOSCOPIA () OUTRO(S): _____
ENDEREÇO: _____ Nº: _____ BAIRRO: _____
CIDADE: _____ ESTADO: _____ CEP: _____ EMAIL: _____
MÉDICO SOLICITANTE: _____ CONVÊNIO: _____ DATA: ____/____/____

QUESTIONÁRIO PARA REALIZAÇÃO DO EXAME:

1- JÁ REALIZOU ESSE EXAME ANTES? SIM () NÃO () **TROUXE EXAME ANTERIOR?** SIM () NÃO ()

2- QUAL O MOTIVO PARA REALIZAÇÃO DESTE EXAME:

AZIA (), PREVENÇÃO (), SANGRAMENTO INTESTINAL (), DOR ABDOMINAL (), REFLUXO (), PÓLIPOS INTESTINAIS (), DIARRÉIA (), CONSTIPAÇÃO (), EMPACHAMENTO (), OUTRO(S) MOTIVO(S), QUAL(IS)?

4- PACIENTE POSSUI ALGUMA ALERGIA? SIM () NÃO () QUAL(IS)? _____

EX: ALERGIA A OVO, DIPIRONA, AAS, ANTIINFLAMATÓRIOS...

5- MEDICAÇÃO (ÕES) EM USO: _____

6- DOENÇA PRÉ-EXISTENTE, COMORBIDADES:

DIABETES (), HIPERTENSÃO (), DOENÇA RENAL (), DOENÇA HEPÁTICA (), DOENÇA CORONARIANA (), DEPRESSÃO (), SÍNDROME DO PÂNICO (), ASMA (), APNÉIA DO SONO (), OUTRA(S):

7- PASSADO CIRÚRGICO:

SEM PASSADO CIRÚRGICO () ONCOLÓGICA (CÂNCER) (), GASTROPLASTIA (), HÉRNIA (), HISTERECTOMIA (), APENDICECTOMIA (), VESÍCULA (), PLÁSTICA DE ABDÔMEN (), OUTRA(S):

8- AUTORIZA A REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS E/OU INTERVENÇÃO PELO MÉDICO, QUE SEJAM OPORTUNOS DURANTE O EXAME? SIM () NÃO ()

Assinatura do paciente
R.G.: _____ CPF: _____

Assinatura do acompanhante ou responsável
R.G.: _____ CPF: _____

QUESTIONÁRIO A SER PREENCHIDO PELO PROFISSIONAL QUE REALIZOU O EXAME:

1- SEDAÇÃO: SIM () NÃO () **SUORTE ANESTÉSICO:** SIM () NÃO ()

2 - HOUVE ALGUMA INTECORRÊNCIA OU EVENTO ADVERSO? QUAL (IS)?

3 - MEDIDA DE SUPORTE E OU INTERVENÇÃO PRESTADA AO PACIENTE? QUAL (IS)?

4- BIÓPSIA: SIM () NÃO ()

5- PROCEDIMENTOS TERAPEUTICOS: POLIPECTOMIA (), DILATAÇÃO DE ESTENOSES (), LIGADURA DE VARIZES DO ESOFAGO (), OUTRO (S): _____