

ANAMNESE PRÉ-CONSULTA MÉDICA

NOME:.....IDADE:.....

Sexo:.....Estado Civil:.....

Profissão:.....Ocupação Atual:.....

Naturalidade:.....Residência:.....

Telefone:.....E-mail:.....

Plano de Saúde:.....Acompanhante:.....

COMO VOCÊ CONHECEU A CLÍNICA?

☐ Médico ☐ Convênio ☐ Familiar ☐ Amigo ☐ Google

1. ANTECEDENTES PESSOAIS

Doenças cardiovasculares

HD:.....

HD:.....

Doenças pulmonares

HD:.....

HD:.....

Doenças endócrinas

HD:.....

HD:.....

Doenças oncológicas

HD:.....

HD:.....

Doenças dermatológicas

HD:.....

HD:.....

Doenças infecciosas

HD:.....

HD:.....

HISTÓRIA OBSTÉTRICA:

☐ Filhos

☐ Menopausa

HISTÓRIA GINECOLÓGICA:

☐ Endometriose

☐ Câncer ginecológico

HISTÓRIA UROLÓGICA:

☐ Cálculo renal

☐ Câncer urológico

Cirurgias

História medicamentosa

Medicamento	Dose	Posologia

Alergias ☐ Não ☐ Sim

☐ Alimentar ☐ Respiratória ☐ Medicamentosa ☐ Cutânea

Alérgenos:.....

2. HÁBITOS DE VIDA

☐ Tabagismo ☐ Álcool ☐ Drogas Ilícitas

.....

.....

.....

Frequência:.....

Frequência:.....

Frequência:.....

3. ANTECEDENTES DE DOENÇAS INTESTINAIS NA FAMÍLIA

Pai:

Mãe:

Irmãos:.....

Filhos:.....

Avós:

Tios:

4. EXAMES REALIZADOS NOS ÚLTIMOS 10 ANOS

☐ Colonoscopia

☐ Endoscopia digestiva alta

☐ Tomografia abdominal

☐ Retossigmoidoscopia

☐ Enema opaco

☐ Ressonância abdominal