

Questionário

Paciente: _____ CPF: _____

Data de Nascimento: __/__/__ Idade: _____

1. Tem alguma doença Crônica? Qual?

- () Diabetes Mellitus () Sim () Não
() Hipertensão () Sim () Não
() Asmáticos e Enfisematosos () Sim () Não
() Doença Cardíaca () Sim () Não

2. Faz uso de medicação contínua? Qual?

- () Sim () Não
-

3. Faz uso de algum medicamento anticoagulante ou ASS?

- () Sim Qual? _____ () Não

4. Tem alergia a algum tipo de medicamento ou comida? Qual?

- () Sim Qual? _____ () Não

5. Fuma? Quantos cigarros por dia?

- () Sim Quantos? _____ () Não

6. Tem prótese dentária?

- () Sim () Não

7. Já fez endoscopia?

- () Sim Quando? _____ () Não

8. Já fez cirurgia no estômago?

- () Sim Qual? Onde? _____ () Não

9. Faz uso de bebida alcoólica?

- () Sim Qual frequência? _____ () Não

10. Está gestante?

- () Sim Quanto tempo? _____ () Não