* NOME / SOCIAL: IDADE:
* Peso:\_\_\_\_kg Altura:\_\_\_\_\_\_cm.
* Possui algum tipo alergia, como:LÁTEX, MEDICAMENTOS, ALIMENTOS, PRODUTOS LIMPEZA,OUTROS? Não ( ) Sim( ) ,descreva?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Já realizou algum procedimento cardíaco, tal como:

CATETERISMO, ANGIOPLASTIA COM STENT ou PRÓTESE VALVAR, MARCA-PASSO?

 Não ( ) Sim ( ),descreva?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Possui comorbidades tais como:

Hipertensão Arterial: Sim ( ) Não( ) Diabetes Mellitus: Sim ( ) Não ( )

Doença Cardiovascular: Sim ( ) Não ( ) Doença Renal Crônica: Sim ( ) Não ( ) Pneumopatias Crônicas Graves: Sim ( )Não ( )

* Está em uso de alguma medicação continua?

Não( ) Sim ( ), Descreva:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Se fizer uso das medicações XARELTO ,PRADAXA E ELIQUIS ou similares, o uso deverá obrigatoriamente ser suspenso por 48h ante do exame;
* Está em uso de medicamentos imunossupressores, tratamento com radioterapia, quimioterapia, ou outras Doenças não Oncológicas:

Não ( ) Sim ( ),descreva:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Possui colostomia, ou traqueostomia? Não ( ) Sim ( ),qual?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Possui condições especiais (uso de cadeira de rodas, de transporte em remoção (HOME CARE): Não ( ) Sim ( ),descreva:
* É portador de necessidade especial (Neuropatias, necessidades física, intelectual, social ou emocional (agudas ou crônicas)? Não ( ) Sim ( ), descreva:
* Possui instruções suplementares?

**DIA DO EXAME:**

* Trazer, caso fizer uso: **( ) Bolsa de colostomia, ( ) CPAP, ( ) bombinha inalatória**
* Não fazer o uso de medicação /insulinas – para diabetes;
* Evitar maquiagens, adornos, calçados com salto alto, roupas de dificil manejo;
* O acompanhante deverá estar com o paciente para a admissão.

**ATENÇÃO: ESTE QUESTIONÁRIO DEVERÁ RETORNAR PARA O AGENDAMENTO, DEVIDAMENTE RESPONDIDO, PARA QUE SEJA CONCLUIDO O AGENDAMENTO DO SEU EXAME.**

***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL***