

logo

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

Nome Completo: Lucas Eduardo Souza da Silva

Data de Nascimento: 09/05/2024

Idade: 0 anos

Peso: kg

Altura:

Procedimento:

Data: undefined/undefined/

Exame: dasd

Hora:

PA:

FC:

FR:

SPO2:

TAX:

Médico Solicitante: Selecione o médico...

CRM:

Especialidade

1. Qual o motivo da solicitação do exame:

2. Qual a principal queixa?

Há quanto tempo:   anos

3. Quais os medicamentos de uso contínuo

4. Está em Jejum?   ( )Sim (x)Não

5. Exames Laboratoriais:

Exames	Valores	Data
		undefined/undefined/

6. Exames prévios da área em estudo: Trouxe verificação?

( )Sim (x)Não

7. Será realizado algum tipo de anestesia?

( )Sim (x)Não

8. Já realizou alguma cirurgia na área em estudo?

( )Sim (x)Não

9. Já realizou alguma outra cirurgia?

( )Sim (x)Não

10. Já realizou Quimioterapia?

( )Sim (x)Não

11. É portador de alguma enfermidade conhecida?

( ) Hipertensão   ( ) Cardiopatias   ( ) Diabetes   ( ) Insuficiencia Renal   ( ) Anemia Falciforme   ( ) Mielo Múltiplo   ( ) Asma   ( ) Rinite   ( ) Outros:

12. Possui algum tipo de alergia medicamentosa ou alimentar (iodo, camarão, ovo, entre outros)?

( )Sim (x)Não

**13. Tabagista?**

( )Sim (x)Não

**14. Já fez tratamento para tuberculose?**

( )Sim (x)Não

**15. Já realizou Cineagiconariografia e/ou Angioplastia Coronária anteriormente?**

( )Sim (x)Não

**16. Já realizou algum tipo de exame com uso de contrastante iodado (TC, Cateterismo Cardiaco ou Urografia Excretora)?**

( )Sim (x)Não

**Exclusivo para o sexo feminino**

**18. Está Amamentando?**

( )Sim (x)Não

Assinatura do entrevistador: \_\_\_\_\_