

logo

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

Nome Completo:

Data de Nascimento:

Idade:

Peso: kg

Procedimento:

Data:

Altura:

Exame:

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

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 Cineag coronariografia e/ou Angioplastia Coronária anteriormente?

() Sim (x) Não

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

() Sim (x) Não

Exclusivo para o sexo feminino

18. Está Amamentando?

() Sim (x) Não

Assinatura do entrevistador: _____