



HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

Nome Completo: teste

Data de Nascimento: 01/01/2012

Idade: 12 anos

Peso: kg

Altura:

Procedimento: teste

Data: 06/05/2024

Exame: teste

Hora:

PA: teste

FC: teste

FR: teste

SPO2:

TAX: teste

Médico Solicitante: Gefferson

CRM: 13454

Especialidade Tecnico

1. Qual o motivo da solicitação do exame: teste

2. Qual a principal queixa? teste

Há quanto tempo: teste

3. Quais os medicamentos de uso contínuo

teste

4. Está em Jejum? (x)Sim ()Não

Desde que horarios? Desde às 03:31

5. Exames Laboratoriais:

Exames	Valores	Data
teste	6	12/05/2024

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?

(x)Sim ()Não

Qual: teste

10. Já realizou Quimioterapia?

(x)Sim ()Não

Qual: teste

11. É portador de alguma enfermidade conhecida?

☒ Hipertensão ☐ Cardiopatias ☐ Diabetes ☒ Insuficiência Renal ☐ Anemia Falciforme ☐ Mieloma Múltiplo ☐ Asma ☐ Rinite ☐ Outros:

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

☒ Sim ☐ Não

Qual: teste

13. Tabagista?

☒ Sim ☐ Não

14. Já fez tratamento para tuberculose?

☐ Sim ☒ Não

15. Já realizou Cineangiocoronariografia e/ou Angioplastia Coronária anteriormente?

☒ Sim ☐ Não

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

☒ Sim ☐ Não

Exclusivo para o sexo feminino

17. Existe alguma possibilidade de estar grávida?

☐ Sim ☒ Não

18. Está Amamentando?

☐ Sim ☒ Não

Assinatura do entrevistador: _____