



## HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

Nome Completo:

Data de Nascimento: undefined/undefined/

Idade:

Peso: kg

Altura:

Procedimento:

Data: undefined/undefined/

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:

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 ( ) Insuficiência 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 Cardiaco ou Urografia Excretora)?

( ) Sim (x) Não

**Exclusivo para o sexo feminino**

17. Existe alguma possibilidade de estar grávida?

( ) Sim (x) Não

**18. Está Amamentando?**

( )Sim (x)Não

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