



CAEPTOX

História Clínica Pré Estudo

Código do Participante: JM141080

Pressão Arterial após 5min sentado	Frequência Cardíaca	Altura	Peso	Índice de Massa Corpórea	Temperatura
120/80	100	1.73	80.00	26.73	36.60
Sistólica/Diastólica (mmHg)	(Batimentos/min)	(m)	(kg)	(Kg/m ²)	(axilar °C)

Revisão dos Sistemas	Normal	Anormal	Informações Pertinentes
ALERGIAS	X		teste teste
INTESTINO TESTE FER	X		teste teste
ALERGIAS	X		teste teste
ALERGIAS	X		teste teste
HISTÓRIA CIRÚRGICA	X		teste teste
HISTÓRIA CIRÚRGICA	X		teste teste
HISTÓRIA CIRÚRGICA	X		teste teste
NEUROLÓGICO - PSIQUIÁTRICO	X		teste teste
NEUROLÓGICO - PSIQUIÁTRICO	X		teste teste
NEUROLÓGICO - PSIQUIÁTRICO	X		teste teste
ENDÓCRINO	X		teste teste
ENDÓCRINO	X		teste teste
ENDÓCRINO	X		teste teste
VISÃO - AUDIÇÃO	X		teste teste
VISÃO - AUDIÇÃO	X		teste teste
NARIZ - GARGANTA	X		teste teste
NARIZ - GARGANTA	X		teste teste
CARDIOVASCULAR	X		teste teste

**CAEPTOX****História Clínica Pré Estudo****Código do Participante:** JM141080

CARDIOVASCULAR	<input checked="" type="checkbox"/>		teste teste
GASTROINTESTINAL	<input checked="" type="checkbox"/>		teste teste
GASTROINTESTINAL	<input checked="" type="checkbox"/>		teste teste
RESPIRATÓRIO	<input checked="" type="checkbox"/>		teste teste
RESPIRATÓRIO	<input checked="" type="checkbox"/>		teste teste
GENITOURINÁRIO	<input checked="" type="checkbox"/>		teste teste
GENITOURINÁRIO	<input checked="" type="checkbox"/>		teste teste
ÓSSEO - MUSCULAR - DERMATOLÓGICO	<input checked="" type="checkbox"/>		teste teste
ÓSSEO - MUSCULAR - DERMATOLÓGICO	<input checked="" type="checkbox"/>		teste teste
HEMATOPOIÉTICO - LINFÁTICO	<input checked="" type="checkbox"/>		teste teste
HEMATOPOIÉTICO - LINFÁTICO	<input checked="" type="checkbox"/>		teste teste
DST - CÂNCER	<input checked="" type="checkbox"/>		teste teste
DST - CÂNCER	<input checked="" type="checkbox"/>		teste teste
HISTÓRIA FAMILIAR	<input checked="" type="checkbox"/>		teste teste
HISTÓRIA FAMILIAR	<input checked="" type="checkbox"/>		teste teste
OUTROS	<input checked="" type="checkbox"/>		teste teste
OUTROS	<input checked="" type="checkbox"/>		teste teste

Outras Informações

Tabagismo: ☐ Nunca ☐ Ex Fumante ☒ Fumante
Abuso de álcool ou drogas: ☐ Sim ☒ Não
Doador de Sangue: ☐ Sim ☒ Não Data última doação: 10/10/2020
Esteve Internado: ☐ Sim ☒ Não
Ciclo Menstrual Regular de 28 a 30 dias: ☐ Sim ☐ Não ☒ N/A
Faz uso de bebida alcoólica: ☐ Sim ☒ Não Quantidade: 0
Cha/café: ☒ Sim ☐ Não Qtde.: 3
Método contraceptivo: ADESIVO
Raça: Amarelo
Uso de Medicamento: ☐ Sim ☒ Não
Qual:
Doença:

**CAEPTOX****História Clínica Pré Estudo****Código do Participante:** JM141080**Recomendações**

Reiteradas as restrições quanto ao uso de medicamentos?

☒ Sim ☐ Não

Reiteradas as restrições de dieta (alimentos e bebidas)?

☒ Sim ☐ Não

Reiteradas as demais diretrizes e restrições previstas em protocolo?

☒ Sim ☐ Não**Comentários****Conclusão**

Após a avaliação a enfermeira responsável considerou o participante da pesquisa:

☒ Apto ☐ Inapto ☐ Excluído

Enfermeira Responsável

Assinatura

Data