



PREFEITURA MUNICIPAL DE NATAL
Secretaria Municipal de Saúde
Distrito Sanitário Oeste
UPA IBERÊ FERREIRA DE SOUZA –
UPA ESPERANÇA



AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA

NOME: _____ IDADE _____

Nº DO LEITO: _____ CNS: _____ DATA: _____

• **SOLICITAÇÃO:**

☐ PARECER ☐ CATETERISMO ☐ IMPLANTE DE MARCA PASSO ☐ RISCO CIRURGICO

• **ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:**

<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO	<input type="checkbox"/> CARDIOPATIA	<input type="checkbox"/> DEPRESSÃO
<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> DOENÇA RENAL CRÔNICA	<input type="checkbox"/> TABAGISMO
<input type="checkbox"/> TIREOIDOPATIA	<input type="checkbox"/> EPILEPSIA	<input type="checkbox"/> ASMA
<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> HEPATOPATIA	<input type="checkbox"/> OUTRAS DOENÇAS _____

CIRURGIAS PRÉVIAS:

INTERNAÇÕES PRÉVIAS:

MEDICAMENTOS DE USO HABITUAL:

OUTROS SINTOMAS CARDIOVASCULARES:

EXAME FÍSICO:

PRESSÃO ARTERIAL: _____

ELETROCARDIOGRAMA: _____

EXAMES LABORATORIAIS E DE IMAGEM (ECG/ECOCARDIOGRAMA/CATETERISMO)

DATA	HB	HTO	LEUCO	PLAQ	UR/CR	NA/K	TTPA	TP	TROPO	CPK/CKMB

CONDUTA:

