

RELATÓRIO DE CONDIÇÃO DE SAÚDE

IDENTIFICAÇÃO:

Nome:

Idade:

Sexo:

Tipo Sanguíneo:

Peso:

Altura:

CONDIÇÃO DE SAÚDE:

Doença Crônica:

Alergias:

Medicamentos de Uso Contínuo:

Dose: _____ mg/dia

AVALIAÇÃO FÍSICA

IMC (índice de Massa Corporal):

Batimentos cardíacos:

TESTES:

Teste de Caminhada:

Teste de Mecânica Ventilatória:

EXAMES CLÍNICOS:

Contagem Sanguínea Completa (CSC):

- Glóbulos Brancos:
- Glóbulos Vermelhos:
- Plaquetas:
- PCR - Proteína C Reativa:
- Dímero D:
- Gasometria Venosa:
- Hemogasometria:

EXAMES FÍSICOS:

Broncoscopia:

DCLO:

Teste de Provocação Brônquica:

EXAMES DE IMAGEM: Anexos

MAPA DA SAÚDE

Treino Respiratório:

Sono:

Atividade Física:

Escala de Dispneia:

Humor:

Glicemia:

Vitamina D:

Circunferência Abdominal:

Pressão Arterial:

Colesterol:

NOTA GERAL DA SAÚDE: