



Você tem ou você já foi tratado por qualquer um dos seguintes problemas de saúde? (marque a caixa de seleção)

Anemia       \* Cancer       Dores de cabeça       Pressão Alta       desordem de apreensão

Artrite       azia       dor no Peito / Angina       doença renal       AVC

Asma       Depressão       Sopro cardíaco       Doença no fígado       doença de tiróide

Diabetes       Hepatite A ou C       doença mental       Tuberculose       doença do sangue

Bronquite       Glaucoma       Pneumonia       Úlceras       VIH / SIDA

Gota       colesterol elevado       alargamento da prostate

doença intestinal       visão danificada

Outros (lista) \_\_\_\_\_

**EU NÃO TENHO NEHUM DOS PROBLEMAS ACIMA**

\* Se você já teve câncer, que tipo? \_\_\_\_\_

**Para as mulheres:** Existe a possibilidade de você está grávida?  Sim  Não

Quando foi seu último período menstrual? \_\_\_\_\_

pós-menopausa ou histerectomia

Você tem atualmente algum dos seguintes sintomas?

<b>Geral</b>	<input type="checkbox"/> febre	<input type="checkbox"/> Perca de peso	<input type="checkbox"/> mal-estar	<input type="checkbox"/> Sonolência diurna excessiva
<b>Olho</b>	<input type="checkbox"/> perda de visão	<input type="checkbox"/> visão dupla	<input type="checkbox"/> flutuadores	<input type="checkbox"/> flashes de luz
<b>Ouvidos, nariz, boca, garganta</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> perda auditiva /dor de ouvido	<input type="checkbox"/> ronco	<input type="checkbox"/> dor de garganta	<input type="checkbox"/> sinus / face congestionamento
<b>Coração</b>	<input type="checkbox"/> dor no peito / desconforto	<input type="checkbox"/> palpitações	<input type="checkbox"/> desmaio	<input type="checkbox"/> falta de ar durante esforço
<b>Pulmões</b>	<input type="checkbox"/> tosse	<input type="checkbox"/> dor ao respirar	<input type="checkbox"/> chiado	<input type="checkbox"/> falta de ar
<b>Estômago / intestinos</b>	<input type="checkbox"/> Azia	<input type="checkbox"/> Ressecamento	<input type="checkbox"/> diarreia	<input type="checkbox"/> dificuldade para engolir
<b>Genital / Rim</b>	<input type="checkbox"/> sangue na urina	<input type="checkbox"/> micção freqüente	<input type="checkbox"/> dor ao urinar	<input type="checkbox"/> problemas feminino/masculino
<b>Músculos / Juntas</b>	<input type="checkbox"/> dor nas juntas/ inchaço	<input type="checkbox"/> dor muscular	<input type="checkbox"/> dor nas costas	
<b>Pele</b>	<input type="checkbox"/> erupções cutâneas	<input type="checkbox"/> coceira nos ouvidos	<input type="checkbox"/> ferida que não cicatriza	<input type="checkbox"/> mudança na verruga
<b>Neurológica</b>	<input type="checkbox"/> tonturas	<input type="checkbox"/> fraqueza	<input type="checkbox"/> dor de cabeça	<input type="checkbox"/> perda de memória
<b>Psiquiátrico</b>	<input type="checkbox"/> deprimido	<input type="checkbox"/> ansiedade / pânico	<input type="checkbox"/> foco / problm memória	<input type="checkbox"/> irritabilidade
<b>Hormônios</b>	<input type="checkbox"/> intolerância ao calor	<input type="checkbox"/> intolerância ao frio	<input type="checkbox"/> mal humor	<input type="checkbox"/> sede
<b>Sangue / linfa</b>	<input type="checkbox"/> hematomas fácil	<input type="checkbox"/> glândulas inchadas	<input type="checkbox"/> sangramento	<input type="checkbox"/> braços / pernas inchados
<b>Alérgicas</b>	<input type="checkbox"/> alergias de primavera	<input type="checkbox"/> alergias de outono	<input type="checkbox"/> alergias de verão	<input type="checkbox"/> alergias de inverno
<b>Outros (lista)</b>				

### Hábitos de saúde e a segurança pessoal

Exercício:  Sedentário (nenhum exercício)

- exercício leve (ou seja, subir escadas, caminhar 3 blocos, golfe)
- exercício vigoroso ocasional (ou seja, o trabalho ou lazer, a menos de 4x / semana por 30 min.)
- exercício vigoroso regular (isto é, o trabalho ou lazer, 4x / semana por 30 min.)

Dieta: Você está fazendo dieta?  Sim  Não

Se sim, você está em dieta médica prescrito pelo médico?  Sim  Não

Número de refeições que você come em um dia comum: \_\_\_\_\_

Nível de ingestão de sal:  Alta  Médio  Baixo

Nível de ingestão de gordura:  Alta  Médio  Baixo

Nível de ingestão de frutas e vegetais:  Alta  Médio  Baixo

Você está sexualmente ativo?  Sim  Não

Qualquer desconforto com a relação sexual?

Doença relacionada com o vírus da imunodeficiência humana (HIV), tais como a SIDA se tornou um importante problema de saúde pública. Fatores de risco para esta doença incluem uso de drogas intravenosas e as relações sexuais desprotegidas. Gostaria de falar com você sobre o seu provedor de risco para esta doença?  Sim  Não

Você vive sozinho?  Sim  Não

Você tem perda de visão ou audição?  Sim  Não

Você tem diretivas antecipadas, ou testamento?  Sim  Não

Gostaria de informações sobre a elaboração desses documentos?  Sim  Não

O abuso físico ou mental também se tornaram um grande problema de saúde pública no país. Isso muitas vezes toma a forma de comportamento verbal ameaçadora ou abuso físico ou sexual real. Gostaria de discutir este assunto com o seu prestador?  Sim  Não

Cafeína:  Nenhum  Coffee  Tea  Coke

Nº de copos/ latas por dia

**Álcool:** Você bebe álcool?  Sim. Que tipo? \_\_\_\_\_  Não

Quantas bebidas por semana? \_\_\_\_\_

Você está preocupado com a quantidade que você está bebendo?  Sim  Não

Você já pensou em parar?  Sim  Não

Você já experimentou apagões?  Sim  Não

Você está propenso a beber “compulsão pela bebida”?  Sim  Não

Você dirige depois de beber?  Sim  Não

**Tabaco:** Você usa o tabaco?  Sim  Cigarros \_\_\_ pks/dia  Mascar \_\_\_ #dia  cachimbo \_\_\_ #dia

charutos \_\_\_ #dia Número de anos: \_\_\_\_\_

Não Parou de fumar a quantos anos? \_\_\_\_\_

**Drogas:** Atualmente, você usa drogas recreativas ou de rua?  Sim  Não

Você já deu a si mesmo drogas de rua com uma agulha?  Sim  Não

**Doenças da Infância:**  Sarampo  Caxumba Rubéola   Varicela  Febre reumática  Pólio

Educação: Último ano do ensino: \_\_\_\_\_

**História de Saúde da Família:** Você foi adotado?  Sim  Não

Por favor, note as idades e importante problema de saúde qualquer um desses parentes próximos foram diagnosticados com:

	Idade	Problema significativo de Saúde		Idade	Problema significativo de Saúde

Pai			Crianças	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Mãe				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Irmãos	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Avó Materno		
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		avô Materno		
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Avó Materno		
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		avô Materno		

Como podemos te ajudar hoje?