

ANTECEDENTES PESSOAIS

Em caso de resposta afirmativa, por favor especifique o diagnóstico, ano de aparecimento, a duração, o grau de gravidade tratamentos, exames e cirurgias realizadas e ainda as consequências no espaço indicado na página seguinte.

	SIM	NÃO
Foi-lhe diagnosticada alguma doença congénita ou tem algum defeito físico?	☐	☐
Tem presentemente ou alguma vez lhe foi diagnosticada alguma das seguintes doenças?		
A- Úlceras de estômago ou duodeno, alterações intestinais graves, hepatite B, C, D ou E	☐	☐
B- Diabetes, doenças da tiróide, doenças de outras glândulas endócrinas	☐	☐
C- Epilepsia, Esclerose múltipla, doença de Parkinson, AVC (Acidente Vascular Cerebral)	☐	☐
D- Depressão, ansiedade ou qualquer outra alteração psiquiátrica	☐	☐
E- Artrite de qualquer tipo, incluindo problemas da coluna	☐	☐
F- Cancro ou tumores malignos (se respondeu sim preencha também o quadro Neoplasias)	☐	☐
G- Problemas Cardíacos (se respondeu sim preencha também o quadro aparelho Cardio-Vascular)	☐	☐
H- Qualquer tipo de doença sexualmente transmissível incluindo a SIDA	☐	☐
I- Alguma vez lhe foi atribuída incapacidade por doença profissional ou de trabalho?	☐	☐
J- Hipertensão Arterial	☐	☐
K- Asma	☐	☐
L- Infecções crónicas nos rins, pedras nos rins, infecções urinárias, doenças prostata	☐	☐
M- Doenças da boca e/ou dentes	☐	☐
N- Qualquer alteração nos olhos ou nos ouvidos	☐	☐
O- Qualquer alteração persistente na pele	☐	☐
P- Qualquer alergia a medicamentos	☐	☐
Q- Análises anteriores que revelaram níveis elevados de colesterol ou ácido úrico	☐	☐
R- Qualquer outra doença/ alteração não mencionada acima	☐	☐
S- Sofre de alguma doença ou tem queixas não esclarecidas	☐	☐
T- Está a fazer medicação ou está sob investigação de algum problema de Saúde?	☐	☐
Apenas para o sexo Feminino		
U- Alterações mamárias	☐	☐
V- Alterações ginecológicas	☐	☐

QUESTIONÁRIO (continuação)

Informação adicional - caso tenha respondido afirmativamente a alguma questão do quadro anterior,
por favor especifique o diagnóstico, o ano de aparecimento, a duração, o grau de gravidade, tratamentos,
exames e cirurgias realizadas e ainda as consequências.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Algum dos seus pais ou irmãos já faleceu?

	SIM	NÃO	IDADE	CAUSA
MÃE	☐	☐	_____	_____
PAI	☐	☐	_____	_____
IRMÃ(O)	☐	☐	_____	_____

Algum dos seus familiares sofre de doença grave e/ou crónica?

Em caso afirmativo dê pormenores _____

NEOPLASIAS

(se respondeu "sim" à alínea F do quadro de "Antecedentes Pessoais", queira por favor
especificar a localização do tumor.)

Pulmão	☐	Estômago	☐	Próstata	☐	Cérebro	☐
Mama	☐	Tiróide	☐	Útero	☐	Lucemia	☐
Colón	☐	Rim	☐	Pele	☐	Outras(especifique)	☐

Indique a localização exacta do tumor, bem como os tratamentos realizados ou a realizar. _____

DOENÇAS DO APARELHO CARDIO-VASCULAR

(Se respondeu "sim" à alínea G do quadro de "Antecedentes Pessoais", queira por favor especificar.)

Insuficiência Cardíaca	☐	Pacemaker	☐	Pericardite	☐	Tromboflebite	☐
Enferme ou angina de Peto	☐	Doenças de válvulas	☐	Endocardite	☐	Outras(especifique)	☐
Aritmias ou Bloqueios	☐	Miocardíopatia	☐	Varizes	☐		

Indique a medicação e quaisquer tratamentos realizados ou a realizar. _____

DECLARAÇÃO

Declaro ter respondido de forma completa às perguntas formuladas neste Questionário Clínico, sob pena de nulidade.
Desta forma valido todas as declarações constantes deste Questionário Clínico.

Local e Data _____

Assinatura _____

o questionário só é valido depois de devidamente assinado