

Questionário Clínico



Informação da Pessoa Segura

Nome Completo: _____

Data de Nascimento: _____ Sexo: F ☐ M ☐ Altura: _____ cm Peso: _____ Kg Tensão arterial: _____ / _____



Hábitos de Consumo e Saudáveis

Bebidas alcoólicas: Sim ☐ Não ☐

Se Sim, qual o consumo diário _____

Qual a bebida _____

Exercício físico: Sim ☐ Não ☐

Regularidade _____

Indique por favor: _____

Fuma: Sim ☐ Não ☐

Se Sim indique o n.º diário cigarros _____

Há quantos anos fuma _____

Toma medicação: Sim ☐ Não ☐

Regularidade _____

Indique por favor: _____

Tem alguma deficiência: Sim ☐ Não ☐

Indique por forvor: _____

Alguma vez sofreu internamento: Sim ☐ Não ☐

Causa: _____

Tratamentos realizados: _____

Exames complementares de diagnóstico realizados nos últimos 5 anos: _____

Causas: _____



Historial Clínico

Foro

Pulmonar

Cardiovascular

Infecção contagiosa

Endócrino

Gastroenterológico

Urológico

Neurológico

Psiquiátrico

Dermatológico

Oftalmológico

Otorrinológico

Outros

Doença

Não ☐ Sim ☐

Qual: _____

Não ☐ Sim ☐

Qual: _____

Não ☐ Sim ☐

Qual: _____

Não ☐ Sim ☐

Qual: _____

Não ☐ Sim ☐

Qual: _____

Não ☐ Sim ☐

Qual: _____

Não ☐ Sim ☐

Qual: _____

Não ☐ Sim ☐

Qual: _____

Não ☐ Sim ☐

Qual: _____

Não ☐ Sim ☐

Qual: _____

Não ☐ Sim ☐

Qual: _____

Não ☐ Sim ☐

Qual: _____

Algum dos seus Pais ou Irmãos já faleceu?

Sim ☐ Não ☐

Se sim, indique qual: Pai ☐ Mãe ☐ Irmão(ã) ☐

Idade(s): _____

Especifique as causas: _____

Considera-se saudável: Sim ☐ Não ☐

Observações: _____

Algum dos seus Familiares sofre de Doença Grave e/ou Crónica?

Sim ☐ Não ☐

Se sim, indique qual: _____

Assinatura da Pessoa Segura: _____