

## ANEXO – 2

## FICHA CLÍNICA SIMPLIFICADA

Nome: \_\_\_\_\_ Nasc.: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Sexo: F M  
 End. Res.: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_  
 End. Prof.: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Identidade N°. \_\_\_\_\_ Órgão emissor: \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_

**Consulta:**  urgência  tratamento  manutenção  
 Queixa Principal/Motivo da Consulta: \_\_\_\_\_

INQUÉRITO DE SAÚDE

Está em tratamento médico ?  não  sim: \_\_\_\_\_  
 Está usando medicação ?  não  sim: \_\_\_\_\_  
 Alergia :  não  sim: \_\_\_\_\_  não sei

<i>Anemia</i>	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI
<i>Hepatite</i>	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI
<i>Sífilis</i>	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI
<i>HIV</i>	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI
<i>Tuberculose</i>	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI
<i>Asma</i>	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI
<i>Fumante</i>	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI
<i>Hormônios</i>	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI
<i>Alcoolista</i>	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI
<i>Tatuagens</i>	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI
<i>Herpes/Aftas</i>	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI
<i>Gravidez</i>	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI
<i>Desmaios</i>	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI
<b>Febre Reumática</b>	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI
<i>Diabetes</i>	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI
<i>Epilepsia</i>	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI
<i>Cicatrização ruim</i>	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI
<i>Distúrbios Psico</i>	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI
<i>Endocardite Bact.</i>	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI
<i>Problema Hepático</i>	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI
<i>Problema Renal</i>	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI
<i>Problema Cardíaco</i>	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI
<i>Tensão Arterial</i>	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI
<i>Cirurgia</i>	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI
<i>Tumor</i>	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI
<i>Internação Hospital</i>	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI
<b>Febre Reumática</b>	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI

Você possui alguma doença / problema significativo não mencionado? \_\_\_\_\_