

Questionário Clínico de Saúde

Este questionário é estritamente confidencial, devendo ser respondido com veracidade e honestidade para o sucesso de seu tratamento. Sinta-se a vontade para questionar-nos em caso de possíveis dúvidas, quando for compatível com a pergunta, responda sim, não ou não sei.

A) Odontológico

- 1) Com que freqüência você visita o seu dentista?.....
- 2) Você já se submeteu a algum tratamento odontológico?.....Qual?.....
- 3) Usou anestesia odontológica?.....Teve alguma reação?.....Que tipo?.....
- 4) Freqüentemente morde língua, lábios, bochechas?.....
- 5) Costuma respirar pela boca?.....
- 6) Costuma ter aftas freqüentemente?.....
- 7) Tem ou teve herpes labial?.....
- 8) Atualmente está com algum problema dentário?.....
- 9) Range os dentes a noite?.....
- 10) Sente dor na região próxima aos ouvidos?.....
- 11) Quando abre ou fecha a boca ouve algum estalido?.....
- 12) Sente dores no ouvido, cabeça, face, nuca, pescoço?.....
- 13) Tem dificuldades em abrir a boca?.....
- 14) Ao acordar sente os músculos da face e/ou os dentes doloridos?.....
- 15) Mastiga de um lado só?.....
- 16) Tem o hábito de morder objetos?.....
- 17) Já notou alguma mobilidade em seus dentes?.....

B) Geral

18) Realiza ou já realizou quimioterapia ou radioterapia?.....Por que?.....

19) Está sob tratamento médico?.....Qual?.....

Nome do médico:

20) Toma algum medicamento?.....Qual?.....

21) Já se submeteu a alguma cirurgia?.....Qual?.....

22) Já foi hospitalizado?.....Por que?.....

23) Já se submeteu a anestesia geral?.....Por que?.....

24) Perdeu ou ganhou peso ultimamente?.....Por que?.....

25) Se considera alcólatra?.....Qual consumia?.....

Com que frequência?..... Desde quando?.....

26) Fuma?..... A quanto tempo?.....Com qual frequência?.....

27) Se considera viciado em drogas?.....Quais usa?.....

Com que frequência?..... Desde quando?.....

28) Já tomou ou toma:

Anticoagulantes / Anticonvulsionante(hidantoína)?.....

Anti-histamínico(anti-alérgico)?..... Tranqüilizantes?.....

Analgésico?..... Aspirina?.....

Dipirona?..... Antibiótico?.....

Corticosteróide?..... Sulfa?.....

C) Alergia

29) Já teve reação a algum medicamento?.....Qual?.....

30) Tem alergia a algum alimento?.....

31) Tem alergia a algum cosmético?.....

32) Já teve urticária(coceira)?.....

33) Tem ou teve algum outro problema alérgico?.....Qual?.....

D) Distúrbios Respiratórios

34) Tem ou teve:

Pneumonia?..... Sinusite?.....

Rinite?..... Asma/Bronquite?

Enfisema Pulmonar?.....

Algum outro problema respiratório?.....Qual?.....

E) Distúrbios Cardio-vasculares

35) Possui alguma prótese cardíaca?.....

36) Usa marcapasso?.....

37) Sente palpitações?.....

38) Sente dores no peito?.....

39) Sente falta de ar ou cansaço a esforços leves?.....

40) Com quantos travesseiros você dorme?.....

41) É hipotenso(pressão baixa)?.....

42) É hipertenso(pressão alta)?.....

43) Sangra muito tempo quando se corta ou quando extrai dentes?.....

44) Já teve infarto?.....

45) Já teve AVC (acidente vascular-cerebral/derrame)?.....

46) Costuma ter pés ou pernas inchados?.....

47) Tem ou teve algum problema cardiovascular?.....Qual?.....

F) Distúrbios Endócrinos

48) Tem polifagia (come demais)?.....

49) Tem polidipsia (muita sede)?.....

50) É diabético?

51) Tem hipotireoidismo?.....

52) Tem hipertireoidismo?.....

53) Tem hiperparatireoidismo?.....

G) Distúrbios Gastrointestinais

- 54) Tem gastrite?.....
- 55) Tem úlcera?.....
- 56) Já vomitou sangue?.....
- 57) Tem ou teve outro problema gastrointestinal?.....Qual?.....

H) Distúrbios Neurológicos

- 58) Tem desmaios freqüentes?.....
- 59) Tem cefaléias freqüentes?.....
- 60) Tem nevralgia na face?.....
- 61) Tem convulsões?.....
- 62) É epilético?.....
- 63) Já fez tratamento psiquiátrico?.....Quando?.....Por que?.....
- 64) Está estressado?.....
- 65) Tem ou teve algum problema neurológico?.....Qual?.....

I) Distúrbios Renais

- 66) Tem ou teve nefrite?.....
- 67) Tem insuficiência renal?.....Faz hemodiálise?.....
- 68) Tem cistite?.....
- 69) Tem ou teve algum outro problema renal?.....Qual?.....

J) Distúrbios Sangüíneos

- 70) Tem anemia?.....
- 71) Já realizou transfusões sangüíneas?.....Por que?.....
- 72) Já teve hemorragia?.....Em que região?.....Por que?.....
- 73) Tem ou teve algum outro problema sangüíneo?.....Qual?.....

K) Distúrbios das Articulações/Ossos

- 74) Já sofreu politrauma de face?.....
- 75) Tem artrite?.....Tem artrose?.....Tem reumatismo?.....
- 76) Tem ou teve febre reumática?.....
- 77) Sofre de osteoporose?.....
- 78) Teve algum problema de calcificação dos ossos?.....
- 79) Tem ou teve algum outro problema nas articulações e ossos?.....Qual?.....

L) Doenças Transmissíveis

- 80) Tem alguma doença sexualmente transmissível?.....Qual?.....
- 81) Tem ou teve hepatite?.....
- 82) Tem ou teve tuberculose?.....
- 83) Tem HIV?.....
- 84) Tem ou teve alguma outra doença transmissível?.....Qual?.....

M) Distúrbios Oftálmicos

- 85) Tem glaucoma?.....
- 86) Tem algum outro distúrbio oftálmico?.....Qual?.....

N) Distúrbios Hepáticos

- 87) Tem cirrose?.....
- 88) Tem algum outro distúrbio hepático?.....Qual?.....

O) Distúrbios Salivares

- 89) Tem xerostomia (pouca/ausência de saliva)?.....
- 90) Tem algum outro distúrbio salivar?.....Qual?.....

P) Antecedentes Familiares

91) Em sua família existe ou existiu algum caso de: (relacione o grau de parentesco)

-Câncer?.....

-Diabetes?.....

-Infarto?.....

-Hipertensão?.....

-Problemas Renais?.....

-Problemas Hepáticos?.....

92) Tem ou já teve algum outro problema de saúde não mencionado neste questionário?.....

Qual?.....

Eu....., declaro que as informações prestadas por mim são verdadeiras, bem como autorizo e/ou disponho-me a receber o tratamento proposto pela clínica Cerad. Comprometo-me a informar qualquer alteração no meu quadro de saúde atual e relatá-lo ao médico ou enfermeiro responsável.

_____, ____ de _____ de _____.

Assinatura do paciente ou responsável legal

Médico ou Enfermeiro Responsável