



QUESTIONÁRIO

Unidade Clínica de Eletrocardiologia de
Esforço e Monitorização Ambulatorial

--



Etiqueta

Nome:	Data: ____ / ____ / ____
Data de Nascimento:	Sexo: [] Masculino [] Feminino Altura: _____ m Peso: _____ kg

1 – Motivo para realizar o exame: _____			
2 – Quando foi sua última alimentação? Há _____ horas			
3 – Tem sentido dor no peito? [] Não sei [] Não [] Sim. Quando? _____			
4 – Já teve infarto? [] Não sei [] Não [] Sim. Quando? _____			
5 – Já fez cateterismo? [] Não sei [] Não [] Sim. Quando? _____			
6 – Já fez cirurgia do coração? [] Não sei [] Não [] Sim. Quando? _____			
7 – Já fez angioplastia (Stent)? [] Não sei [] Não [] Sim. Quando? _____			
8 – Teve obstrução nos vasos do pescoço (artérias carótidas)? [] Não sei [] Não [] Sim			
9 – Tem ou já teve problema nas válvulas do coração? [] Não sei [] Não [] Sim			
10 – Já teve derrame (AVC)? [] Não sei [] Não [] Sim. Quando? _____			
11 – Tem pressão alta? [] Não sei [] Não [] Sim			
12 – Tem ou já teve arritmia? [] Não sei [] Não [] Sim			
13 – É portador de marca-passo cardíaco? [] Não sei [] Não [] Sim			
14 – Tem Diabetes? [] Não sei [] Não [] Sim			
15 – Tem colesterol ou triglicérides elevado? [] Não sei [] Não [] Sim			
16 – Tem asma ou bronquite? [] Não sei [] Não [] Sim			
17 – É fumante? [] Ex Parou há: _____ [] Não [] Sim			
18 – Pratica atividade física? [] Não [] Não [] Sim			
19 – Tem algum tipo de alergia? [] Não sei [] Não [] Sim. Quais: _____			
20 – Possui familiares com problema cardíaco? [] Não sei [] Não [] Sim. Quem? _____			
21 – Faz uso de medicações? [] Não sei [] Não [] Sim			
Se sim, quais medicações? _____ _____			

Campo de uso exclusivo do Médico:			
Contra-indicações para realizar o Teste ergométrico:		[] SIM	[] NÃO
Contra-indicações para realizar o Estresse com Dipyridamol/Adenosina:		[] SIM	[] NÃO
Contra-indicações para realizar o Estresse Dobutamina:		[] SIM	[] NÃO
Observações:			