

Nome: _____			Data: ____/____/____	
Data de Nascimento: _____	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim. Quando? _____	
4 – Já teve infarto?	<input type="checkbox"/> Não sei	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim. Quando? _____
5 – Já fez cateterismo?	<input type="checkbox"/> Não sei	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim. Quando? _____
6 – Já fez cirurgia do coração?	<input type="checkbox"/> Não sei	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim. Quando? _____
7 – Já fez angioplastia (Stent)?	<input type="checkbox"/> Não sei	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim. Quando? _____
6 – Teve obstrução nos vasos do pescoço (artérias carótidas)?	<input type="checkbox"/> Não sei	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
8 – Tem ou já teve problema nas válvulas do coração?	<input type="checkbox"/> Não sei	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
9 – Tem ou já teve algum tipo de aneurisma?	<input type="checkbox"/> Não sei	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
10 – Já teve derrame (AVC)?	<input type="checkbox"/> Não sei	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim. Quando? _____
11 – Tem pressão alta?	<input type="checkbox"/> Não sei	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
12 – Tem ou já teve arritmia?	<input type="checkbox"/> Não sei	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
13 – É portador de marca-passo cardíaco?	<input type="checkbox"/> Não sei	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
14 – Tem Diabetes?	<input type="checkbox"/> Não sei	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
15 – Tem colesterol ou triglicérides elevado?	<input type="checkbox"/> Não sei	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
16 – Tem asma ou bronquite?	<input type="checkbox"/> Não sei	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
17 – É fumante?	<input type="checkbox"/> Ex Parou há: _____	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
18 – Pratica atividade física?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	
19 – Tem algum tipo de alergia?	<input type="checkbox"/> Não sei	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim. Quais: _____
20 – Possui familiares com problema cardíaco?	<input type="checkbox"/> Não sei	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim. Quem? _____
21 – Faz uso de medicações?	<input type="checkbox"/> Não sei	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
Se sim, quais medicações? _____ _____			

Campo de uso exclusivo do Médico:	
Contra-indicações para realizar o Teste ergométrico:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Contra-indicações para realizar o Estresse com Dipiridamol/Adenosina:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Contra-indicações para realizar o Estresse Dobutamina:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Observações:   	
Médico responsável: Dr Fulano de Tal, CRM - 000000	