

QUESTIONÁRIO DE PÉ
DIREITO () ESQUERDO ()

Solicitamos preenchimento com atenção das questões abaixo:

Nome:

Data nasc:

Data:

Peso:

1- Qual o motivo da realização do exame? () Dor () Entorse () Luxação
() Trauma

1.1- Em caso de dor, onde se localiza?

() Lateral - lado de fora () Medial - lado de dentro () Anterior - frente
() Posterior - atrás

1.2- Em caso de trauma, quanto tempo?

() Menos de um mês () De 01 a 03 meses () Acima de 03 meses

2- Qual a suspeita clínica do seu médico?

() Neuroma de Morton () Fratura () Bursite () "Joanete" () Tendinite
() Outros

3- Pratica algum esporte? () Sim () Não Qual? _____

4- Já realizou alguma cirurgia no pé examinado? () sim () não

4.1- Se sim, qual cirurgia? () Fratura () Ligamento () Tendão () Tumor
() Lesão osteocondral

() Neuroma de Morton () Outros

4.2- Se sim, há quanto tempo? _____

5- Já foi realizado algum exame no pé a ser estudado? () Sim () Não

5.1- () Raio X () Ultra-som () Tomografia computadorizada () Ressonância Magnética

6- Gostaria de fazer algum comentário adicional sobre o quadro clínico?

Autorizo a DMX , o envio eletrônico do resultado deste exame ao médico solicitante e contato com o mesmo, caso existam dúvidas quanto aos dados clínicos.

Itabira, ___ de _____ de _____

Assinatura do paciente ou responsável _____