

**QUESTIONÁRIO DO QUADRIL / BACIA / COXO-FEMORAL**

**DIREITO ( ) ESQUERDO ( )**

**Solicitamos preenchimento com atenção das questões abaixo:**

**Nome:**

**Data nasc:**

**Data:**

**Peso:**

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

1.1- Em caso de dor, onde se localiza?

( )Lateral – lado de fora ( )Lateral – 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?

( )Bursite ( )necrose avascular ( )Estiramento ( )Impacto fêmoro-acetabular  
( )Sinfisite ( )Outros

3- Pratica algum esporte? ( )Sim ( )Não Qual? \_\_\_\_\_

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

4.1- Se sim, qual cirurgia? \_\_\_\_\_

5- Já foi realizado algum exame no quadril? ( )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 \_\_\_\_\_