

DMX - DIAGNÓSTICOS MÉDICOS AVANÇADOS LTDA

Av. Carlos Drumond de Andrade, nº 707 B - Centro / Itabira MG

QUESTIONÁRIO - RM DO ABDOME SUPERIOR E/OU Pelve

(Estas informações são sigilosas e fundamentais para que o seu exame seja realizado da melhor maneira possível. Por isso, é muito importante o preenchimento correto, completo e mais preciso possível deste questionário)

Nome: _____ Idade: _____ Profissão: _____

Telefone para contato: () _____

Qual o motivo para solicitação deste exame? Qual a sua queixa ?

Há quanto tempo iniciaram os sintomas?

Qual é a suspeita (diagnóstico) do seu médico ?

Qual(is) exame(s) já fez para este problema? () Raio-x () Ultrassom () Tomografia () Ressonância

Endoscopia () Colonoscopia () Cintilografia Óssea () Nenhum

() Outros Qual (is)? _____

Trouxe o resultado? () Sim () Não Qual foi o resultado(diagnóstico)? _____

Por favor, assinale na figura, onde e em que local sente dor ou desconforto:

FRENTE

COSTAS

Anotações extras:

Assinale quais dos seguintes sintomas ou doenças você possui: () Dor abdominal

() Desconforto para urinar () Dificuldade para evacuar () Diarreia () Hepatite B ou C

() Câncer () Doença renal () Cálculo renal () Queimação/azia () Diabetes

Tem algum outro problema de saúde conhecido? _____

Já fez alguma cirurgia na barriga ou em outra região? () Sim () Não

Qual ? _____ Por qual motivo? _____

Já fez ou faz: () Radioterapia () Quimioterapia () Não

Quando foram as últimas sessões ? _____

É fumante? () Sim () Não Foi fumante? () Sim () Não

Se sim, por quantos anos? _____ Quantos cigarros por dia ? _____

Utiliza algum medicamento de forma rotineira ? Qual (is) ? _____

Tem algum objeto metálico no corpo ? _____

SE FOR DO SEXO FEMININO, FAVOR RESPONDER:

Quando foi o 1º dia da última menstruação (data)? ____/____/____

Tem dor pélvica? _____ Qual lado? _____

Usa hormônios? _____ Qual? _____

Tem infertilidade? _____ Tem quantos filhos? _____

Tem miomas ou já fez algum tratamento para miomas do útero?

Já fez cirurgia na pelve?

Já retirou o útero? _____ E os ovários? _____

Itabira, MG ____/____/____ _____

Assinatura do paciente ou responsável legal

