

DMX - DIAGNÓSTICOS MÉDICOS AVANÇADOS LTDA

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

QUESTIONÁRIO - RM DO TÓRAX

(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 () Nenhum () Outros Qual (is)? _____

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

Assinale quais dos seguintes sintomas ou doenças pulmonares você possui:

Há quanto tempo?

Catarro com sangue () Sim () Não _____

Febre () Sim () Não _____

Falta de ar () Sim () Não _____

Tosse () Sim () Não _____

Dor torácica () Sim () Não _____

Asma / Bronquite () Sim () Não _____

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

FRENTE

COSTAS

Tem algum outro problema de saúde conhecido? () Sim () Não

Qual (is) ? _____ Há quanto tempo? _____

Já fez alguma cirurgia no pulmão ou em outra região ? () Sim () Não

Qual (is)? _____ 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 ? () Sim () Não Qual (is) ? _____

Tem algum objeto metálico no corpo ? _____

Itabira, MG ____/____/____

_____ Assinatura do paciente ou responsável legal