



CARIMBO DA UNIDADE

TESTE ERGOMÉTRICO MARCAÇÃO DO EXAME

--

DIA	/	/	HORA / TURNO:	LOCAL:	RÚBRICA:
-----	---	---	---------------	--------	----------

1 - IDENTIFICAÇÃO:

P A C I E N T E	NOME:				PRONTUÁRIO:
	SEXO:	IDADE:	DATA NASC.:	TELEFONE:	MUNICÍPIO:
	ENDEREÇO:				CASA APTº.:
	BAIRRO:				REFERENCIA:

2 - INDICAÇÃO PARA EXAME:

3 - FATORES DE RISCO:

<input type="checkbox"/> AVALIAÇÃO TERAPÊUTICA <input type="checkbox"/> PRECORDIOLOGIA TÍPICA <input type="checkbox"/> DOR TORÁCICA ATÍPICA <input type="checkbox"/> EXAME PERIÓDICO (CHECK UP) <input type="checkbox"/> AVALIAÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL <input type="checkbox"/> ARRITMIA TIPO <input type="checkbox"/> PÓS - IAM TEMPO <input type="checkbox"/> PÓS - REVESCU TEMPO <input type="checkbox"/> ALT. ECG BASAL TIPO <input type="checkbox"/> L. OROVASCULAR TIPO	<input type="checkbox"/> HISTÓRIA FAMILIAR <input type="checkbox"/> SEDENTARISMO <input type="checkbox"/> DISLIPIDEMIA <input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO ART. SISTÊMICA <input type="checkbox"/> FUMO QTDE. <input type="checkbox"/> STRESS EMOCIONAL <input type="checkbox"/> DIABETES MELLITUS <input type="checkbox"/> OUTROS
--	--

4 MEDICAÇÃO EM USO E DOSES:

A -	INTERROMPIDA?	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM DIAS
B -	INTERROMPIDA?	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM DIAS
C -	INTERROMPIDA?	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM DIAS
D -	INTERROMPIDA?	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM DIAS

5 - LIMITAÇÃO FÍSICA PARA O TESTE?

<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM QUAL?

6 - CORONARIOGRAFIA PRÉVIA?

<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM QUANTO TEMPO?	VASOS TRATADOS?
---	-----------------

7 - ANGIOPLASTIA CORONÁRIA PRÉVIA?

<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM HÁ QUANTO TEMPO?	VASOS TRATADOS?
--	-----------------

Cód. 207	/ /	ASSINATURA CARIMBO E CRM DO PROFISSIONAL
	DATA	