



Idade:		Altura:		Peso:	
Como conheceu a AAA Endoscopia? () Internet () Encaminhamento médico () Guia do convênio ?					
01	Sim ()	Não ()	Está em jejum?		
02	Sim ()	Não ()	Está ou esteve recentemente em tratamento médico?		
03	Sim ()	Não ()	Está tomando algum remédio? Se sim, quais?		
04	Sim ()	Não ()	Está tomando marcoumar, marevan, coumadin, pradaxa, eliquis, xarelto ?		
05	Sim ()	Não ()	Está tomando AAS, Somalgin, Clopidogrel?		
06	Sim ()	Não ()	Está grávida? Se sim, de quantos meses?		
07	Sim ()	Não ()	Tem alergia? Se sim de qual alimento ou medicamento ? Se sim qual?		
08	Sim ()	Não ()	Tem o hábito de fumar? Se sim, quantos cigarros por dia?		
09	Sim ()	Não ()	É diabético?		
10	Sim ()	Não ()	Tem anemia?		
11	Sim ()	Não ()	Tem problemas respiratórios como asma ou bronquite?		
12	Sim ()	Não ()	É HIV positivo?		
13	Sim ()	Não ()	Tem epilepsia ou convulsões?		
14	Sim ()	Não ()	Faz hemodiálise?		
15	Sim ()	Não ()	Já teve ou tem doença infecto contagiosa como sífilis, tuberculose e hepatite?		
16	Sim ()	Não ()	Tem problemas de pressão alta ?		
17	Sim ()	Não ()	Tem problemas de coração insuficiência cardíaca, marcapasso, problema de válvula cardíaca, infarto, arritmia?		
18	Sim ()	Não ()	Já fez e trouxe algum exame recente do coração, como eletro, teste ergométrico, ecocardio?		
19	Sim ()	Não ()	Tem problema de sangrar muito quando se fere?		
20	Sim ()	Não ()	Já fez alguma cirurgia? Se sim, qual?		
21	Sim ()	Não ()	Caso tenha feito cirurgia previa, apresentou alguma complicação pela anestesia ?		
22	Sim ()	Não ()	Tem alguma outra doença grave? Se sim, qual?		
23	Sim ()	Não ()	Tem cirrose?		
24	Sim ()	Não ()	Alguma vez você já vomitou sangue ou evacuou fezes pretas e amolecidas tipo uma borra de café?		
25	Sim ()	Não ()	Já esteve com câncer ou tem história familiar dessa doença?		
26	Sim ()	Não ()	Existe alguma outra informação importante sobre sua saúde que não foi perguntada aqui? Qual?		