

Deve ser preenchido pelo Médico responsável pelo tratamento.

DADOS DO PACIENTE

Nome do Segurado:

Data de nascimento: dd /mm/ aa

Primeiro nome

Nome do meio

Primeiro sobrenome

Segundo sobrenome

Estatura: _____

Peso: _____

Perímetro Abdominal: _____

Pés Polegadas Metros

Quilos Libras

Polegadas Cms

Perímetro do quadril: _____

Você usa produtos de nicotina? **SIM** **NÃO**

Que tipo de produto de nicotina?: _____ Quantidade por dia?: _____

Desde: dd /mm /aa

Até: dd /mm /aa

INFORMAÇÕES SOBRE AS ÚLTIMAS 5 CONSULTAS

DATA	MOTIVO DA CONSULTA	RESULTADO / TRATAMENTO	PRESSÃO ARTERIAL

DOENÇAS E/OU LESÕES

Diagnóstico(s) definitivo(s): _____

Data do diagnóstico: dd / mm/ aa

Resultados de exames laboratoriais realizados para diagnóstico e monitoramento de doenças ou lesões:

Resultados de eletrocardiograma ou testes de função cardiovascular realizados para diagnóstico e monitoramento de doenças ou lesões: _____

Resultados de exames de imagem realizados para diagnóstico e monitoramento de doenças ou lesões:

Resultados de estudos de patologia ou citologia realizados para diagnóstico e monitoramento de doenças ou lesões: _____

TRATAMENTOS

Tratamento médico Nome do medicamento: _____ Dosagem: _____

Tratamento cirúrgico Detalhes do procedimento: _____

O paciente foi hospitalizado? **SIM** **NÃO**

DATA	DIAGNÓSTICO	CONDIÇÃO ATUAL

O paciente consultou outros médicos? **SIM** **NÃO**

NOME	MOTIVO DA CONSULTA	DATA

Comentários, fatores de risco ou doenças adicionais, suas complicações e prognóstico:

INFORMAÇÕES DO MÉDICO

Nome: _____ Telefone: _____

Primeiro nome Nome do meio Primeiro sobrenome Segundo sobrenome

Endereço: _____ Endereço de email: _____

Assinatura: _____ Data: / /