

TODOS OS DADOS SÃO IMPRESCINDÍVEIS

## Dados do solicitante

Nome: \_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

## Dados da amostra

Código da amostra: \_\_\_\_\_ Data da coleta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## Motivo do exame

- Triagem em paciente assintomático
- Triagem em pacientes assintomáticos com antecedentes familiares positivos
- Exame de esforço positivo em paciente assintomático
- Paciente de risco cardiovascular moderado
- Outros: \_\_\_\_\_

## Fórmula de risco solicitada \* (Obrigatório. Caso não seja selecionada será escolhida a REGICOR)

- Regicor  Framingham clássica  SCORE baixo risco  SCORE alto risco

## Características do paciente (obrigatório)

Nome do paciente: \_\_\_\_\_

Idade (anos): \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Feminino

Fumante:  Sim  Nunca fumou  Ex-fumante <1 ano  Ex-fumante >1 ano

Quantidades de cigarro diário: \_\_\_\_\_

Diabetes:  Tipo I  Tipo II  Não Tratamento de diabetes:  Sim  Não Tratamento antihipertensivo:  Sim  Não

Dislipidemia:  Sim  Não Tratamento Hipolipemiante:  Sim  Não Tratamento antihipertensivo:  Sim  Não

## Antecedentes familiares

Cardiopatia isquêmica:  <65 anos  >65 anos  Não  Desconhecido

Acidente vascular cerebral:  <65 anos  >65 anos  Não  Desconhecido

## Dados físicos (obrigatório)

Pressão arterial sistólica \_\_\_\_\_ mmHg Pressão arterial diastólica \_\_\_\_\_ mmHg

Peso \_\_\_\_\_ Kg Altura \_\_\_\_\_ cm

TODOS OS DADOS SÃO IMPRESCINDÍVEIS

## Dados laboratoriais (obrigatório)

Colesterol total: \_\_\_\_\_ Colesterol LDL: \_\_\_\_\_ Colesterol HDL: \_\_\_\_\_  
Triglicérides: \_\_\_\_\_ Glicemia: \_\_\_\_\_ Hemoglobina glicada: \_\_\_\_\_%

## Mensuração da atividade física

Qual tipo de atividade física realiza em seu local de trabalho ?

- Basicamente estou sentado e caminho pouco
- Estou sentado mas faço esforços moderados e contínuos
- Caminho bastante mas não faço nenhum esforço intenso
- Caminho bastante e faço esforços intensos
- Basicamente faço esforços intensos e bastante atividade física

## Atividades referentes às realizadas ao longo de um mês convencional

Caminhar depressa \_\_\_\_\_ Dias ao mês \_\_\_\_\_ Minutos ao dia  
Passear, caminhar tranquilamente \_\_\_\_\_ Dias ao mês \_\_\_\_\_ Minutos ao dia  
Caminhar no campo \_\_\_\_\_ Dias ao mês \_\_\_\_\_ Minutos ao dia  
Subir escadas \_\_\_\_\_ Dias ao mês \_\_\_\_\_ Minutos ao dia  
Atividade no jardim \_\_\_\_\_ Dias ao mês \_\_\_\_\_ Minutos ao dia  
Exercícios e esportes ao ar livre \_\_\_\_\_ Dias ao mês \_\_\_\_\_ Minutos ao dia

## Questionário dietético

### Frequência diária

		<1 vez ao dia	1 vez ao dia	2 vezes ou mais ao dia
Pão	1-2 fatias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verdura/Salada	1 prato/ porção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fruta	1 fruta/ porção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
logurte ou leite	1 copo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Massa ou arroz	1 prato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Azeite de oliva/girassol	1 colher de sopa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uma Bebida alcoólica	1 copo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cereais matinais	1 tigela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Referente a IT-0032 Controle de Documentos e Registros/ Versão 03

TODOS OS DADOS SÃO IMPRESCINDÍVEIS

## Frequência semanal

		<4 vezes/sem.	4-6 vezes/sem.	7 vezes ou mais/sem.
Carne	1 prato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Embutidos	1-3 fatias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Queijo	1 porção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doces/ Confeitaria	1-2 pedaços	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manteiga/Margarina	1 colher de café	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outros azeites vegetais	1 colher de sopa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comida rápida (Fast food)	1 alimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<2 veze/sem.	2-3 vezes/sem.	4 vezes ou mais/sem.
Peixe	1 prato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Legumes	1 prato/porção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frutos secos	1 punhado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Declaro que o paciente assinou o consentimento informado para esta avaliação.

\_\_\_\_\_  
Assinatura

Em \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_\_\_\_