

COLE AQUI
ETIQUETA DB

RQ-0845 QUESTIONÁRIO DE COLETA PARA MICROBIOMA

***Todos os dados são imprescindíveis**

Este formulário deve ser preenchido em conjunto com o profissional de saúde solicitante, assinado e carimbado no final.

Dados da solicitação

Data da solicitação: ___/___/___ Data da coleta de amostra: ___/___/___

Profissional solicitante: _____

Tipo e nº conselho: CRM _____ CRN _____

Motivo da solicitação: _____

Qual é a suspeita clínica? _____

Acompanhamento de terapia: A coleta da presente amostra biológica é referente ao período:

Antes Durante Após

a terapia adotada: _____

Dados do paciente

Nome do paciente: _____

CPF: _____ Data de nascimento: ___/___/___

Sexo: Feminino Masculino Celular: () _____

E-mail: _____

Peso (Kg): _____ Altura (m): _____

Estado de saúde

Assinale abaixo quais sintomas você possui no momento da coleta de sua amostra:

Dor abdominal Diarreia Constipação Flatulência

Nenhum destes sintomas Outros sintomas: _____

Os sintomas assinalados acima iniciaram há quanto tempo? _____

Assinale abaixo quais das seguintes condições você possui e quando foi diagnosticado:

Intolerância à lactose

Data diagnóstico: ___/___/___

Dispepsia

Data diagnóstico: ___/___/___

Doença inflamatória intestinal (DII)

Data diagnóstico: ___/___/___

Intolerância ao glúten

Data diagnóstico: ___/___/___

Doença celíaca

Data diagnóstico: ___/___/___

Síndrome do intestino irritável (SII)

Data diagnóstico: ___/___/___

Diabetes. Tipo _____

Data diagnóstico: ____/____/____

Câncer. Tipo _____

Data diagnóstico: ____/____/____

Doença/condição cardiovascular. Tipo _____

Data diagnóstico: ____/____/____

Doença de Crohn

Data diagnóstico: ____/____/____

Colite ulcerativa

Data diagnóstico: ____/____/____

Há alguma condição diagnosticada que não consta acima, mas que você julga importante ser relatada? Se sim, faça uma breve descrição dela juntamente com a data em que ela foi diagnosticada.

Você está usando ou fez uso recente de antibióticos/antimicrobianos? Sim ou não? Se sim, quais as datas de início e fim do tratamento?

Você está usando ou fez uso recente de quimioterápicos? Sim ou não? Se sim, quais as datas de início e fim do tratamento?

Você passou por alguma mudança drástica de estilo de vida recentemente? Por exemplo, adoção de dieta vegetariana/vegana, realização de cirurgia bariátrica e etc. Sim ou não? Se sim, faça um breve relato sobre a mudança e sua data de início:
