

COLE AQUI
ETIQUETA DB

RQ-0529 PGCAR FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE EXAMES

***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: Feminino Masculino

Fumante: Nunca fumou Sim 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 Desconhecimento

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

Dados físicos (obrigatório)

Pressão arterial sistólica _____ mmHg Pressão arterial diastólica _____ mmHg

Peso _____ Kg Altura _____ Kg

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 e faço esforços intensos
 Caminho bastante mas não faço nenhum esforço intenso
 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"/>

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 20_____