

COLE AQUI
ETIQUETA DB

RQ-1229 FORMULÁRIO MÉDICO PARA DPI – DOENÇA INTERSTICIAL PULMONAR

***Todos os dados são imprescindíveis**

Nome do paciente: _____ Idade: _____

Sexo: Feminino Masculino

Profissão (atual e anteriores com detalhada descrição das atividades e ambiente):

Queixa Principal: _____

História de Moléstia Atual: _____

Antecedentes Pessoais: _____

Antecedentes Familiares: _____

Medicação atual e anteriores (descrição detalhada): _____

Evolução Clínica: _____

Tomografia e evolução: _____

Hipóteses Diagnósticas Clínicas: _____

Link das tomos: _____

Tabagismo (carga tabágica/parou?): _____

Bebida alcoólicas: _____

Sinais e sintomas de RGE (quais? Quando? Como?): _____

Uso corticoirde/imunossupressor antes da biópsia enviada:

Sim. Quais: _____

Não

Contato com animais (quais? Quando? Como?): _____

Mofo/parede úmida/parede descascado: Sim Não

Travesseiro de pena de ganso? Sim Não

Contato com piscina/sauna/ofurô: Sim Não

Viagens (caverna/sítio/fazenda/outros lugares – como? Quando? Onde?): _____

Médico(a) solicitante: _____

Telefone: (____) _____ E-mail: _____



Acesse à plataforma de atendimento
Canal Médico pela leitura do QRcode.