

COLE AQUI
ETIQUETA DB**RQ-1229 FORMULÁRIO MÉDICO PARA DPI –
DOENÇA INTERSTICIAL PULMONAR*****Todos os dados são imprescindíveis**

Nome civil (se não houver etiqueta): _____

Nome social: _____

Sexo biológico:

☐ Feminino☐ Masculino☐ Indefinido (genitália ambigua)

Identidade de gênero:

☐ Feminino☐ Masculino☐ Outros: _____

Idade: _____

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 corticoide/imunossupressor antes da biópsia enviada:

- ☐ Sim. Quais: _____
- ☐ Não

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

Mofo/parede úmida/parede descascando: ☐ 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.