

Nome:

Idade:

Peso:

Altura:

Parentesco com o Titular:

Assinale com um "x" no campo em branco a patologia que reconheça ser portador (a):

01 - Doenças Neurológicas

	JÁ SOFREU?		SOFRE?	
	Sim	Não	Sim	Não
A.V.C (Derrame)				
Alzheimer				
Convulsão				
Enxaqueca				
Epilepsia				
Paralisia				
Parkinson				
Câncer				

02 - Doenças do Aparelho Respiratório

	JÁ SOFREU?		SOFRE?	
	Sim	Não	Sim	Não
Amigdalite				
Apneia (Doença do Ronco)				
Asma				
Bronquite				
Desvio de Septo				
Enfisema				
Faringite				
Otite				
Pneumonia				
Rinite				
Sinusite				
Câncer				

03 - Doenças da Visão

	JÁ SOFREU?		SOFRE?	
	Sim	Não	Sim	Não
Astigmatismo				
Catarata				
Ceratocone				
Degeneração Macular				
Estrabismo				
Glaucoma				
Hipermetropia				
Miopia				
Câncer				

04 - Doenças Psiquiátricas

	JÁ SOFREU?		SOFRE?	
	Sim	Não	Sim	Não
Depressão				
Esquizofrenia				
Neurose				
Síndrome do Pânico				
T.O.C (Transtorno Obsessivo Compulsivo)				
Transtorno Bipolar				

05 - Doença do Aparelho Cardio-circulatório

	JÁ SOFREU?		SOFRE?	
	Sim	Não	Sim	Não
Aneurisma				
Angina (Dor no Peito)				
Arritmias (Palpitações no Coração)				
Cirurgia Cardíaca (Ponte de Safena ou Troca Valvar)				
Doença de Chagas				
Hipertensão (Pressão Alta)				
Infarto				
Câncer				

06 - Doença do Aparelho Digestivo

	JÁ SOFREU?		SOFRE?	
	Sim	Não	Sim	Não
Bexiga Neurogênica				
Cálculo Renal (Pedra nos Rins)				
Cirrose				
Doença de Crohn				
Gastrite				
Hepatite				
Hérnia de Hiato				
Hérnia Inguinal				
Hérnia Umbilical				
Pancreatite				
Câncer				

07 - Doenças dos Órgãos Genitais Femininos

	JÁ SOFREU?		SOFRE?	
	Sim	Não	Sim	Não
Cisto de Ovário				
Endometriose				
Infertilidade				
Mioma				
Ovário Policístico				
Câncer				

08 - Está Grávida?

08 - Está Grávida?			Sim Não	
Há Quantos Meses?				

09 - Doenças dos Órgãos Genitais Masculinos

	JÁ SOFREU?		SOFRE?	
	Sim	Não	Sim	Não
Fimose				
Hérnia Escrotal				
Hidrocele				
HPV				
Infertilidade				
Varicocele				
Câncer				

10 - Doença Hematológica, Imunológica ou Reumatológica

	JÁ SOFREU?		SOFRE?	
	Sim	Não	Sim	Não
AIDS				
Anemia				
Artrite Reumatoide				
Câncer				
Gota				
Hemofilia				
Leucemia				
Lúpus				
Púrpura				
Reumatismo				

11 - Doença Endócrina ou Metabólica

	JÁ SOFREU?		SOFRE?	
	Sim	Não	Sim	Não
Bócio ou Nódulo da Tireoide				
Diabetes				
Hipertireoidismo				
Hipotireoidismo				
Câncer				

12 - Dependência Química

	JÁ SOFREU?		SOFRE?	
	Sim	Não	Sim	Não
Alcool				
Drogas Ilícitas				
Tabagismo				

13 - Doença Ortopédica

	JÁ SOFREU?		SOFRE?	
	Sim	Não	Sim	Não
Artrite				
Artrose				
Bico de Papagaio				
Bursite				
Escoliose				
Fratura				
Hérnia de Disco				
Lesão de Ligamento				
Osteomielite				
Osteoporose				

14 - Transplantes

	INDICAÇÃO?		JÁ FEZ?	
	Sim	Não	Sim	Não
Rim				
Córnea				
Fígado				
Medula				
Coração				
Pâncreas				

15 - Possui Órteses ou Próteses? Especificar.

16 - Encontra-se Internado ou em Tratamento Médico?

	Sim Não	

17 - Já Foi Internado ou Submetido a algum Tratamento Clínico ou Cirúrgico nos Últimos 10 Anos?

	Sim Não	

18 - Tem Indicação de Submeter-se a Algum Tratamento Clínico ou Cirúrgico? Favor Especificar.

19 - Já Sofreu ou Sofre de Alguma Doença não Relacionada no Questionário? Favor Especificar.

20 - Tem Indicação para Algum Tipo de Tratamento Odontológico, Abaixo Especificado?

	Sim Não	
20.1 - Dentística (Ex: Restaurações)		
20.2 - Endodontia (Ex: Tratamento de canal)		
20.3 - Periodontia (Ex: Tratamento de gengiva)		
20.4 - Implante(s)		
20.5 - Ortodontia		
20.6 - Cirurgia		

Especificar:

21 - Faz Uso de Algum Tipo de Prótese Odontológica?

	Sim Não	
Especificar:		

22 - Outros

Especificar:

_____, ____ de _____ 20__

Assinatura