

## Questionário ao Paciente

Nome completo: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) feminino ( ) masculino

Telefone: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Kg Altura: \_\_\_\_\_ m

Rua: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ Nome e telefone do médico solicitante: \_\_\_\_\_

Por favor, faça um círculo ao redor da letra correspondente à sua resposta.

**1 – Você já fez teste de esforço em esteira rolante?**

a) Sim Onde? \_\_\_\_\_ Data aproximada: \_\_\_\_\_

b) Não

**2 – Você já teve algum episódio de infarto do miocárdio?**

a) Sim. Quantos? \_\_\_\_\_ Data mais recente: \_\_\_\_\_

Nome do Hospital: \_\_\_\_\_ Dias de permanência no Hospital : \_\_\_\_\_

b) Não

**3 – Você já fez cateterismo cardíaco ( Cinecoronariografia ) ?**

a) Sim Data aproximada: \_\_\_\_\_ Nome do Hospital: \_\_\_\_\_

b) Não

**4 – Assinalar a opção correta caso já tenha submetido a algum dos seguintes procedimentos:**

( ) Angioplastia Data aproximada: \_\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_

( ) Colocação de Stent Data aproximada: \_\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_

( ) Cirurgia cardíaca Data aproximada: \_\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_

**5 – Já teve ou tem:**

a) Pressão alta ( ) Sim ( ) Não

b) Diabetes ( ) Sim ( ) Não

c) Colesterol alto ( ) Sim ( ) Não

d) Triglicérides alto ( ) Sim ( ) Não

**6 - Cigarros:**

a) Eu nunca fumei

b) Já fumei, mas já parei há mais de um ano

c) Eu fumo atualmente

**7 – Algum parente direto (pais, irmãos, filhos) teve doença cardíaca antes dos 55 anos?**

a) ( ) Ninguém. b) ( ) Um familiar c) ( ) Dois membros da família d) ( ) Não sei

**8 – Alguma vez seu médico referiu ter você doença pulmonar crônica ( Bronquite crônica, Enfisema, Asma )?**

a) Sim

b) Não

(CONTINUA NO VERSO DA PÁGINA)

*As próximas perguntas concernem a qualquer dor ou desconforto acontecido no último ano.*

**9** – Você teve alguma dor ou desconforto em qualquer parte do tronco ( entre o pescoço e a cintura ) nos últimos 12 meses?

- a) Sim b) Não

**Se você respondeu “não” passe para o item 21.**

**10** – O desconforto aparece durante alguma atividade física? =====>

- a) Sim b) Não

Caso queira descrever a dor: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**11** – O desconforto aparece quando sob uma ladeira ou corre?

- a) Sim b) Não c) Nunca correndo.

**12** – O desconforto aparece quando você anda no ritmo normal?

- a) Sim b) Não

**13** – O que você faz se o desconforto aparece enquanto você anda?

- a) Paro ou ando mais devagar  
b) Continuo andando.  
c) Não sinto desconforto quando ando.

**14** – Se você permanece em pé, que acontece com o desconforto?

- a) Alivia b) Não alivia.

**15** – Quanto tempo demora para aliviar em repouso?

- a) 10 minutos ou menos b) mais do que 10 minutos

**16** – Assinale o local (ou locais) do desconforto:

- a) Retroesternal  
b) Lado esquerdo do tórax  
c) Braço esquerdo  
d) Pescoço

**17** – Escolha uma ou mais características que melhor descrevem o caráter do seu desconforto:

- a) Aguda  
b) Pressão  
c) Queimação  
d) Outros: \_\_\_\_\_

**18** – Quanto à frequência:

- a) Mais de uma vez por dia  
b) Uma vez por dia  
c) Uma vez por semana  
d) Menos que uma vez por semana.

**19** – A sua dor cede com vasodilatadores, por exemplo, Isordil®, Monocordil®, Sustrate®, Isossorbida®?

- a) Sim b) Não c) Nunca tomei.

Com vasodilatadores a dor cede em 10 minutos? ( ) sim ( ) não

Aproximadamente quantos comprimidos de vasodilatador você usou no último mês: \_\_\_\_\_

Usou nas últimas 24 horas? ( ) Sim ( ) Não

**20** – Quando foi a primeira vez que você teve um desconforto? \_\_\_\_\_

**21** - Por favor, complete o quadro a seguir, enumerando os medicamentos usados nos últimos 30 dias:
