

QUESTIONÁRIO MÉDICO DE DOENÇAS CARDIOLÓGICAS**ESTE QUESTIONÁRIO DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO ASSISTENTE****Nome do Paciente:** _____

Nome social: _____

Altura _____ m | Peso _____ kg

Desde que data assiste o paciente? ____/____/____

Qual a PA na ocasião? ____ x ____ mmHg;

Pulso em repouso ____ bpm

Data da última consulta? ____/____/____

Qual a PA na ocasião? ____ x ____ mmHg Pulso em repouso ____ bpm

Qual(is) o(s) diagnóstico(s) acerca da Arritmia Cardíaca do(a) paciente?

Detalhes Adicionais / Tipos

Arritmia Sinusal:

☐ Sim ☐ Não _____

Bradicardia Sinusal:

☐ Sim ☐ Não _____

Extrassístole Atrial:

☐ Sim ☐ Não _____

Extrassístole Ventricular:

☐ Sim ☐ Não _____

Fibrilação Atrial:

☐ Sim ☐ Não _____

Fibrilação Ventricular:

☐ Sim ☐ Não _____

Flutter Atrial:

☐ Sim ☐ Não _____

Síndrome Bradicardia-Taquicardia:

☐ Sim ☐ Não _____

Síndrome do Nó Sinusal:

☐ Sim ☐ Não _____

Taquicardia Atrial Paroxística:

☐ Sim ☐ Não _____

Taquicardia Atrial Multifocal:

☐ Sim ☐ Não _____

Taquicardia por Reentrada Nodal:

☐ Sim ☐ Não _____

Taquicardia por Via Acessória [WPW]

☐ Sim ☐ Não _____

Taquicardia Sinusal

☐ Sim ☐ Não _____

Taquicardia Supraventricular

☐ Sim ☐ Não _____

Taquicardia Ventricular

☐ Sim ☐ Não _____

Outro: _____

☐ Sim ☐ Não _____

Desde quando o paciente apresenta tais diagnósticos? ____/____/____

Há alguma causa subjacente a este diagnóstico (Hipertireoidismo, Hipertensão Arterial, Ingestão de Álcool, Drogas...)?
Qual?

O paciente apresentou nos últimos 12 meses?

☐ Fadiga ☐ Dispneia ☐ Palpitações ☐ Dor anginosa ☐ Síncope

Procedimentos / Cirurgias

Ablação por Radiofrequência? ☐ Sim ☐ Não

Maze Clássico? ☐ Sim ☐ Não

Maze Modificado? ☐ Sim ☐ Não

Marcapasso? ☐ Sim ☐ Não

Trombólise? ☐ Sim ☐ Não

Cardioversão Elétrica? ☐ Sim ☐ Não

Portador de Cardioversor-Desfibrilador Implantável (CDI)? _____

Outros? _____

Em caso afirmativo, detalhar quais e indicar as datas:

Doenças associadas e complicações

Cardiomiopatia?	☐ Sim	☐ Não	☐ Não Sei
Febre Reumática?	☐ Sim	☐ Não	☐ Não Sei
Aneurisma Ventricular?	☐ Sim	☐ Não	☐ Não Sei
AVC?	☐ Sim	☐ Não	☐ Não Sei
Dor anginosa persistente?	☐ Sim	☐ Não	☐ Não Sei
Valvulopatia?	☐ Sim	☐ Não	☐ Não Sei
ICC-Insuficiência Cardíaca Congestiva?	☐ Sim	☐ Não	☐ Não Sei
Cardiomegalia?	☐ Sim	☐ Não	☐ Não Sei
Hipertensão Arterial Sistêmica	☐ Sim	☐ Não	☐ Não Sei
Diabetes Mellitus?	☐ Sim	☐ Não	☐ Não Sei
Dislipidemia?	☐ Sim	☐ Não	☐ Não Sei

Coolesterol Total _____ HDL _____ Triglicérides _____

Em caso afirmativo ou de outros problemas não listados, informar detalhes

Medicamentos:

Faz uso de: Betabloqueadores?

☐ Sim ☐ Não Desde: ____/____/____

Anticoagulantes?

☐ Sim ☐ Não Desde: ____/____/____

Bloqueadores dos canais de cálcio?

☐ Sim ☐ Não Desde: ____/____/____

Antiarrítmicos?

☐ Sim ☐ Não Desde: ____/____/____

Em caso afirmativo, informar posologia de cada medicamento

Considera que atualmente a doença está controlada?

☐ Sim ☐ Não Desde: ____/____/____

O paciente tem condições de realizar atividades físicas?

☐ Sim ☐ Não Desde: ____/____/____

☐ Leves (caminhar devagar no plano por 20')?

☐ Moderadas (caminhar acelerado no plano por 20')?

- ☐ Intensas (correr no plano por 20')?
- ☐ Não deve fazer nenhum exercício, limitando-se às atividades cotidianas sedentárias?

Exames:

- | | | |
|---|--|---------------------|
| ☐ ECG em repouso | ☐ Normal ☐ Alterado* | Data ____/____/____ |
| ☐ Ecocardiograma | ☐ Normal ☐ Alterado* | Data ____/____/____ |
| ☐ Teste ergométrico | ☐ Normal ☐ Alterado* | Data ____/____/____ |
| ☐ Holter | ☐ Normal ☐ Alterado* | Data ____/____/____ |
| ☐ RX Tórax | ☐ Normal ☐ Alterado* | Data ____/____/____ |
| ☐ Ressonância magnética do coração | ☐ Normal ☐ Alterado* | Data ____/____/____ |
| ☐ Ecocardiograma estresse | ☐ Normal ☐ Alterado* | Data ____/____/____ |
| ☐ Cintilografia miocárdica | ☐ Normal ☐ Alterado* | Data ____/____/____ |
| ☐ Cineangiocoronariografia | ☐ Normal ☐ Alterado* | Data ____/____/____ |

☐ Outros Exames*:

* No caso de quaisquer resultados alterados ou outros exames, favor especificar:

Considera o paciente disciplinado no seguimento da dieta, orientações e tratamento medicamentoso?

- ☐ Sim, é bastante disciplinado.
- ☐ Não, raramente mantém regularidade.
- ☐ Mais ou menos, geralmente cumpre o estabelecido.

Comentários / Observações

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO MÉDICO ASSISTENTE E CRM

AUTORIZAÇÃO

Eu _____,
nome social _____,
CPF _____-_____, declaro estar ciente de que este documento é parte integrante da Proposta de Seguro e que eventual emissão de Apólice será precedida de declaração e dos elementos essenciais do interesse e dos riscos a que estão sendo expostos e que serão objeto de análise pela Seguradora. Neste sentido, autorizo meu Médico Assistente a responder o questionário acima, de acordo com as informações que dispõe sobre minha saúde atual e regressa, sem configurar desrespeito ao Código de Ética Médica ou violação à preservação da intimidade. Declaro ainda estar ciente de que o simples preenchimento das informações não garante a assunção dos riscos e a emissão de Apólice pela Seguradora.

Local e Data

Assinatura do(a) Proponente

PORTO SEGURO COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Al. Barão de Piracicaba, 618 – Torre B – 3º andar – Campos Elíseos – São Paulo/SP – CEP 01216-010 – CNPJ 61.198.164/0001-60
Central de Atendimento Grande SP: (11) 3366-3377 – Outras Localidades: 0800 727 9393 – De segunda a sexta-feira, das 8h15 às 18h30
Site: www.portoseguro.com.br / SAC: 0800 727 6464 (cancelamento e reclamações) – 0800 727 8736 (Atendimento exclusivo para deficientes auditivos)
Ouvidoria: (11) 3366-3184 / 0800 727 1184