

QUESTIONÁRIO MÉDICO PROCEDIMENTOS CARDIOLÓGICOS

Este questionário deve ser preenchido pelo médico assistente

Nome completo do Paciente: _____

Altura _____ m Peso _____ kg

Desde que data assiste o paciente? _____ Data da última consulta: _____

Por favor, responda a todas as perguntas e proporcione detalhes quando necessário:

Histórico Clínico:

Diagnóstico(s) prévio(s) ao procedimento:

Qual data ou tempo aproximado do diagnóstico prévio à realização do procedimento:

Existia alguma das seguintes patologias previamente ao procedimento?

- | | |
|--|---|
| Angina de peito | ☐ Sim ☐ Não ☐ Estável ☐ Instável |
| Infarto do miocárdio antigo | ☐ Sim ☐ Não ☐ Único ☐ Múltiplo |
| Infarto agudo do miocárdio | ☐ Sim ☐ Não |
| Doença coronária sem infarto | ☐ Sim ☐ Não |
| Isquemia silenciosa | ☐ Sim ☐ Não |
| Dor torácica atípica | ☐ Sim ☐ Não ☐ Em repouso ☐ Em esforço |
| Afeção do tronco da coronária esquerda | ☐ Sim ☐ Não |
| Disfunção ventricular esquerda | ☐ Sim ☐ Não |

Fração de ejeção: _____

Por favor, dê detalhes sobre lesões coronárias prévias ao procedimento (vasos, grau de obstrução):

Quando realizou o procedimento?

O procedimento foi de resgate por infarto agudo do miocárdio? ☐ Sim ☐ Não

Por favor, dê detalhes sobre o procedimento (número de vasos dilatados ou número de pontes, tipo, localização, colocação de *Stent*):

Complicações durante e posteriores ao procedimento:

Doenças associadas e complicações atuais

Arritmia ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei informar

Aneurisma Ventricular ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei informar

Angor pós-enfarte ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei informar

Dor anginosa persistente ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei informar

Valvulopatia ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei informar

Insuficiência Cardíaca ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei informar

Cardiomegalia ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei informar

Hipertensão Arterial ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei informar

Dislipidemia ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei informar

Colesterol Total: _____ HDL: _____ Triglicérides: _____

Diabetes Mellitus: ☐ Sim ☐ Não

Em caso afirmativo ou de outros problemas não listados, por favor, dê detalhes:

Medicamentos

Betabloqueadores ☐ Sim ☐ Não

Anticoagulantes orais ☐ Sim ☐ Não

Nitritos ☐ Sim ☐ Não

Inibidores de ECA ☐ Sim ☐ Não

Bloqueadores receptores angiotensina ☐ Sim ☐ Não

Bloqueadores dos canais de cálcio ☐ Sim ☐ Não

Antiagregantes plaquetários ☐ Sim ☐ Não

Outros: _____

O Proponente tem condições para realizar atividades físicas?

- ☐ Leves (caminhar devagar em plano por 20')
- ☐ Moderadas (caminhar acelerado em plano por 20')
- ☐ Intensas (correr em plano por 20')
- ☐ Não deve fazer nenhum exercício, limitando-se às atividades quotidianas sedentárias

Exames realizados após o procedimento:

- | | | | |
|--|---------------------------------|-----------------------------------|----------------------|
| ☐ ECG | ☐ Normal | ☐ Alterado | Data: ____/____/____ |
| ☐ Ecocardiograma | ☐ Normal | ☐ Alterado | Data: ____/____/____ |
| ☐ Teste ergométrico | ☐ Normal | ☐ Alterado | Data: ____/____/____ |
| ☐ Holter | ☐ Normal | ☐ Alterado | Data: ____/____/____ |
| ☐ Rx Tórax | ☐ Normal | ☐ Alterado | Data: ____/____/____ |
| ☐ Ecocardiograma de esforço | ☐ Normal | ☐ Alterado | Data: ____/____/____ |
| ☐ Cintilografia miocárdica | ☐ Normal | ☐ Alterado | Data: ____/____/____ |
| ☐ Coronariografia | ☐ Normal | ☐ Alterado | Data: ____/____/____ |
| ☐ Outros exames: _____ | | | |

No caso de outros exames ou resultado alterado, por favor, dê detalhes:

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

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

Hábitos / Antecedentes Pessoais e Familiares

Tabagismo atual ☐ Sim ☐ Não

Consumo diário de cigarros: _____ Há quanto tempo? _____

Ex-fumante ☐ Sim ☐ Não

Consumo diário de cigarros: _____ Por quanto tempo? _____

Comentários / Observações

Local e Data

Assinatura e CRM do Médico

AUTORIZAÇÃO

Eu _____

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