



Formulário do historial de saúde do(a) doente

Responda a todas as perguntas seguintes, tentando não deixar nenhuma em branco.

Nome: _____ Número de telefone: _____
Data de nascimento: _____ Data da consulta: _____
Sexo: Masculino/Feminino Altura: _____ Peso: _____

Qual é o nome do seu médico de família: _____

Qual é o nome e número de telefone da sua farmácia? _____

Indique todos os medicamentos atuais (com prescrição e sem prescrição):

Medicação:	Dosagem:	Quantas vezes a toma?	Comprimido ou injeção
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Alguns tipos de alergia? Sim Não Se sim, a quê? _____

Tem alergia ao látex? Sim Não

Historial clínico anterior (faça um círculo)

Hipertensão	S/N	Cancro	S/N	Diabetes	S/N
Colesterol elevado	S/N	Doença cardíaca	S/N	AVC	S/N
Doença pulmonar	S/N	Insuficiência renal	S/N	Anemia	S/N
Úlcera na perna	S/N	Sopro cardíaco	S/N	Coágulos de sangue	S/N
Gravidez	S/N	VIH/SIDA	S/N	Hepatite	S/N

Caso tenha diabetes, efetuou um exame de dilatação do olho nos últimos 12 meses? S/N

Se sim, em que mês? _____

Historial cirúrgico anterior: (indique):

Historial familiar

(Para nós, é importante conhecermos o seu historial clínico familiar. Inclua se algum membro da família sofre de varizes, microvarizes, úlceras nas pernas, insuficiência cardíaca congestiva e doença arterial coronária ou se foi submetido a cirurgia de bypass.)

Mãe	Viva Falecida	Idade: _____	Doença: _____
Pai	Viva Falecida	Idade: _____	Doença: _____
Irmãos	# _____	Idade: _____	Doença: _____
Irmãs	# _____	Idade: _____	Doença: _____
Filhos	# _____	Idade: _____	Doença: _____

História social:

Tabagismo: S/N Drogas recreativas: S/N Álcool: S/N Casado: S/N

Caso tenha indicado tabagismo, documente o aconselhamento para interrupção tabágica

Avaliação dos sistemas: (faça um círculo)

Alterações da visão	S/N	Falta de ar	S/N	Atualmente grávida	S/N
Dores de cabeça	S/N	Dores de estômago	S/N	Frequência urinária	S/N
Dor torácica	S/N	Náuseas	S/N	Diarreia	S/N
Dor de garganta	S/N	Dores articulares	S/N		
Febre	S/N	Atualmente a amamentar	S/N		

Historial venoso

Qual é a perna que lhe causa mais incómodo? Direita Esquerda Igual
Sente dor moderada a grave que causa incapacidade funcional ou física nas suas pernas? S/N

Se você respondeu sim, em qual perna, D/E ou Ambas

As suas veias foram alguma vez avaliadas? S/N

Se sim, qual foi o médico e quando? _____

Esse médico realizou quaisquer exames às suas veias? (por exemplo: ecografia) S/N

Foi alguma vez submetido(a) a cirurgia ou levou injeções nas veias? S/N

Sente qualquer um dos seguintes sintomas na(s) sua(s) perna(s)?

Pernas doridas/dor nas pernas	S/N	Pernas inquietas	S/N	Cãibras nas pernas	S/N
Cansaço/fadiga	S/N	Sensação de peso	S/N	Latejamento	S/N
Tornozelos inchados	S/N	Prurido/ardor	S/N	Episódios de hemorragia	S/N

Há quanto tempo tem sentido estes sintomas? Meses: _____ Anos: _____

As suas atividades diárias exigem que passe longos períodos de pé? S/N

Se sim, indique as atividades _____

Quantas vezes por dia tem de sentar-se ou fazer uma pausa devido a dores nas pernas? _____

Quais as atividades diárias que anteriormente era capaz de fazer no trabalho ou em casa que já não consegue executar?

Seja específico(a) _____

Toma medicamentos sem prescrição médica (por ex., aspirina, ibuprofeno) para a dor nas pernas? S/N

Se sim, que medicação/doses _____

Quantas vezes toma estes medicamentos por semana? (faça um círculo)

0-2 dias 3-4 dias > 5 dias

Usou meias elásticas de compressão durante, pelo menos (faça um círculo)

2 semanas 6 semanas 3 meses 6 meses

Se sim, estas proporcionaram alívio? S/N

Apenas para doentes do sexo feminino

Sofre desconforto/sensação de peso pélvico? S/N

Sofre desconforto/dor durante as relações sexuais? S/N

Os seus sintomas pioram durante a menstruação? S/N

Limitação de responsabilidade: tanto quanto é do meu conhecimento, a informação que preenchi neste formulário é correta até à data e estou ciente de que isso pode alterar quando falar com o meu médico.

Rev.10/5/2017 sms