



Formulário do historial de saúde do(a) doente

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

Nome: _____ Data da consulta: _____
Data de nascimento: _____ 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, tem alergia 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 sanguíneo	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: _____	Doenças: _____
Pai	Vivo	Falecido	Idade: _____	Doenças: _____
Irmãos	n.º _____		Idade: _____	Doenças: _____
Irmãs	n.º _____		Idade: _____	Doenças: _____
Filhos	n.º _____		Idade: _____	Doenças: _____

História social:

Tabagismo: S / N Consumo de drogas recreativas: S / N Álcool: S / N Casado(a): S / N
 Caso tenha indicado tabagismo, documente o aconselhamento para interrupção tabágica _____
 Que tipo de trabalho faz? (ou fez?) _____

Avaliação dos sistemas: (faça um círculo)

Alterações na visão S / N	Falta de ar S / N	Está atualmente grávida S / N
Dores de cabeça S / N	Dor de estômago S / N	Frequência urinária S / N
Dor no tórax S / N	Náuseas S / N	Diarreia S / N
Dores de garganta S / N	Dor nas articulações S / N	
Febre S / N	Está atualmente a amamentar S / N	

Pensa em agredir-se a si ou os outros? S/N
 Tomou alguma vez a vacina contra a pneumonia? S / N
 Tomou uma vacina contra a gripe nos últimos 12 meses? S / N Se sim, em que mês? _____
 Efetuou alguma vez uma mamografia? S / N
 Efetuou alguma vez uma colonoscopia ou colonoscopia virtual (CTC)? S / N
 Está a tomar medicação com prescrição médica para a osteoporose? S / N
 Efetuou um exame imagiológico para a osteoporose no último ano? S / N

Historial venoso

Qual é a perna que lhe causa mais incómodo? Direita Esquerda Igual modo
 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	Peso S / N	Palpitação S / N
Tornozelos inchados S / N	Comichão/ardor S / N	Episódios hemorrágicos 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

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.