

Estas informações serão úteis para a realização de sua endoscopia/colonoscopia e trarão maior conforto e segurança. Caso haja qualquer dúvida, por favor, converse com o médico que poderá auxiliá-lo (a).

Nome Paciente: \_\_\_\_\_ idade: \_\_\_\_\_  
Data de nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_

1- É portador de alguma doença?

Cardiopatía (hipertensão)	não ( )	sim ( )
Diabetes	não ( )	sim ( )
Problemas Respiratórios	não ( )	sim ( )
Alergia a medicação	não ( )	sim ( )

Quais \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2 - Faz uso de algum medicamento? não ( ) sim ( )

Quais \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3- Faz uso de algum anticoagulante? Não ( ) Sim ( )

<b>AAs</b>	( )	( )
<b>Aspirina</b>	( )	( )
<b>Clopidogrel</b>	( )	( )
<b>Marevan</b>	( )	( )
<b>Marcoumar</b>	( )	( )
<b>Heparina</b>	( )	( )
<b>Clexane</b>	( )	( )
<b>Outro</b>	( )	( )

4- Gestante? não ( ) sim ( ) Amamentação? Não ( ) sim ( )

Data da última menstruação: \_\_\_\_\_

5- Já realizou Exame Endoscópico? não ( ) sim ( )

Quando? \_\_\_\_\_ Resultado: \_\_\_\_\_

6- Qual o principal motivo para realização deste exame?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do Paciente ou Responsável legal**

**Relatório Enfermagem (será preenchido pela enfermagem):**

**Horário:** \_\_\_\_\_ **Identificação do Ap:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_