

Nome de família: _____

Data de nascimento :

Primeiro nome: _____

Peso : kgAltura : cm

	SIM	NÃO
Sofre de alergias conhecidas a produtos de contraste ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sofre de alergias conhecidas a alguns medicamentos ? Se sim, quais? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sofre de outra alergia ou asma? Se sim, quais? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sofre de doença renal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sofre de uma doença da tiróide? Se sim, qual medicamento toma ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sofre de diabetes? Se sim, qual medicamento toma ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toma medicamentos anticoagulantes? (p.ex Aspirina, Sintrom?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Para as senhoras:		
Está grávida ou susceptível de estar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Está em período de amamentação ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comentários ou informações adicionais? _____ _____ _____		

Com a minha assinatura, eu confirmo ter lido as informações sobre este exame e entendido e respondido corretamente a este questionário e dar o meu consentimento à realização do exame. Para uma melhor avaliação do meu caso, eu aceito que Affidea possa fazer um pedido dos meus antigos relatórios ou exames.

Assinatura do paciente: _____

Data :