

Nome de família: _____

Data de nascimento :

Primeiro nome: _____

Peso :

 kg

Altura :

 cm

	SIM	NÃO
Toma medicamentos anticoagulantes? Se sim, quais? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sofre de alergias ou de asma? Se sim, quais? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sofre de uma doença renal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sofre de uma doença da tiróide? Se sim, qual é o medicamento que toma ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Para as senhoras:

Está grávida ou susceptível de estar?

Está em período de amamentação ?

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 :