

Nome de família: _____ Data de nascimento :
Primeiro nome: _____ Peso : kg
Altura : cm

	SIM	NÃO
Toma medicamentos anticoagulantes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sofre de alergias conhecidas a produtos de contraste ? Se sim, quais? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sofre de outra alergia ou de asma? Se sim, quais? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sofre de uma doença renal? Se sim, quais? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sofre de diabetes? Se sim, qual é o medicamento que toma ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sofre de úlcera no estômago ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Para as punções terapêuticas : Já efectuou uma infiltração ? Se sim, quando ? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<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 :