

TODOS OS DADOS SÃO IMPRESCINDÍVEIS

MÉDICO SOLICITANTE

Nome completo: _____ Telefone para contato: _____

CRM: _____ E-mail para contato: _____

Clínica/ Consultório: _____

DADOS DO EXAME

Código da amostra: _____ Tipo de amostra: DNA Saliva Sangue

Código de barras	Data de coleta			
	Referência			

MOTIVO DO EXAME

- Triagem em paciente assintomático
- Triagem em pacientes assintomáticos com antecedentes familiares positivos
- Exame de esforço positivo em paciente assintomático
- Paciente de risco cardiovascular moderado
- Outros: _____

Fórmula de risco solicitada* (Obrigatório. Caso não seja selecionada será escolhida a REGICOR)

- Regicor Framingham clássica SCORE baixo risco SCORE alto risco

CARACTERÍSTICAS DO PACIENTE (obrigatório)

- Idade (anos): _____ Sexo: Masculino Feminino
- Fumante: Sim Nunca fumou Ex-fumante < 1 ano Ex-fumante > 1 ano
- Quantidade diária de cigarros: _____
- Diabetes: Tipo I Tipo II Não Tratamento de Diabetes: Sim Não Tratamento Antihipertensivo: Sim Não
- Dislipidemia: Sim Não Tratamento Hipolipemiante: Sim Não

Antecedentes familiares

- Cardiopatia isquêmica: <65 anos >65 anos Não Desconhecido
- Acidente vascular cerebral: <65 anos >65 anos Não Desconhecido

DADOS FÍSICOS (obrigatório)

- Pressão arterial sistólica: _____ mmHg Pressão arterial diastólica _____ mmHg
- Peso: _____ kg Altura: _____ cm

DADOS LABORATORIAIS (obrigatório)

- Unidades: mg/dL mmol/L
- Colesterol total: _____ Colesterol LDL: _____ Colesterol HDL: _____
- Triglicérides: _____ Glicemia: _____ Hemoglobina glicada: _____ %

TODOS OS DADOS SÃO IMPRESCINDÍVEIS

QUANTIFICAÇÃO DE ATIVIDADE FÍSICA

Qual tipo de atividade física realiza em seu local de trabalho?

- Basicamente estou sentado e caminho pouco
- Estou sentado mas faço esforços moderados e contínuos
- Caminho bastante mas não faço nenhum esforço intenso
- Caminho bastante e faço esforços intensos
- Basicamente faço esforços intensos e bastante atividade física

Atividades referentes às realizadas ao longo de um mês convencional

Caminhar depressa _____ Dias ao mês _____ Minutos ao dia

Passear, caminhar tranquilamente _____ Dias ao mês _____ Minutos ao dia

Caminhar no campo _____ Dias ao mês _____ Minutos ao dia

Subir escadas _____ Dias ao mês _____ Minutos ao dia

Atividades no jardim _____ Dias ao mês _____ Minutos ao dia

Exercícios e esportes ao ar livre _____ Dias ao mês _____ Minutos ao dia

QUESTIONÁRIO DIETÉTICO

Frequência diária

<1 vez ao dia 1 vez ao dia 2 vezes ou mais ao dia

Pão (1-2 fatias)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verdura/ Salada (1 prato/ porção)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fruta (1 fruta/ porção)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
logurte ou leite (1copo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Massa ou arroz (1 prato)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Azeite de oliva/ girassol (1 colher de sopa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uma bebida alcoólica (1 copo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cereais matinais (1 tigela)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Frequência semanal

<4 vezes/semana 4-6 vezes/semana 7 vezes ou mais/semana

Carne (1 prato)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Embutidos (1-3 fatias)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Queijo (1 porção)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doces/ Confeitaria (1-2 pedaços)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manteiga/Margarina (1 colher de café)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outros azeites vegetais (1 colher de sopa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fast Food (1 alimento)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TODOS OS DADOS SÃO IMPRESCINDÍVEIS

Frequência semanal	<2 vezes/semana	2-3 vezes/semana	4 vezes ou mais/semana
Peixe (1 prato)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Legumes (1 prato/porção)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frutos secos (1 punhado)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

COMENTÁRIOS

Declaro que o paciente assinou o consentimento informado para esta avaliação.

Assinatura

Em _____, _____ de _____ de 201__.