

**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: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Idioma de Laudo:  Espanhol  Inglês

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

Dislipidemia:  Sim  Não Tratamento Hipolipemiante:  Sim  Não

Hipertensão arterial:  Sim  Não Tratamento Antihipertensivo:  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 \_\_\_\_\_ Andares por 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\_\_.