

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 | | | |
| | | | | |

DADOS DO PACIENTE (obrigatório)

Idade (anos): _____ Sexo: Masculino Feminino

Diabetes: Não Tipo I Tipo II

Hipertensão: Sim Não

Níveis baixos de colesterol HDL (≤ 45 mg/dL homens ou ≤ 55 mg/dL mulheres): Sim Não

Níveis altos de LDL colesterol (≥ 130 mg/dL): Sim Não

Níveis altos de triglicérides (≥ 200 mg/dL): Sim Não

DADOS FÍSICOS (obrigatório)

Peso: _____ kg Altura: _____ cm Perímetro da cintura: _____ cm

Quais das atividades citadas abaixo são realizadas durante os últimos 7 dias e quanto tempo foi dedicado a cada uma delas:

Atividades físicas intensas tais como levantar pesos pesados, fazer exercícios aeróbicos ou andar rápido de bicicleta. Dias Minutos/dia Não sabe

Atividades físicas moderadas como transportar pesos leves ou andar de bicicleta em velocidade regular. Não inclui caminhar. Dias Minutos/dia Não sabe

Caminhar por menos de 10 minutos seguidos. Dias Minutos/dia Não sabe

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

Assinatura

Em _____, _____ de _____ de 201____.