

**RETOSSIGMOIDOSCOPIA**

QUESTIONÁRIO PRÉ-EXAME

1) ESTÁ TOMANDO ALGUM REMÉDIO? QUAL?

...........................................................................................................................................

...........................................................................................................................................

2) MARQUE COM UM **X** AS DOENÇAS QUE TEM OU TEVE.

DIABETE ( ) ANEMIA ( ) PRESSÃO ALTA ( ) HEPATITE ( )

CONVULSÃO ( ) HIV + ( ) PROBLEMAS RENAIS ( ) ASMA ( )

TUBERCULOSE ( ) USA MARCAPASSO ( ) VÁLVULA CARDÍACA ( )

OUTRAS: .......................................................................................................................

3) É ALÉRGICO(A) A ALGUM MEDICAMENTO OU A OVO? QUAL?

........................................................................................................................................

4) JÁ FEZ ALGUMA CIRURGIA? QUAL?

........................................................................................................................................

........................................................................................................................................

5) FUMA? NÃO ( ) SIM ( ) QUANTOS CIGARROS POR DIA?..............................

INGERE BEBIDA ALCOÓLICA? NÃO ( ) SIM ( ) QUANTAS VEZES POR

 SEMANA?...........................

6) SE MULHER, ESTÁ GRÁVIDA? NÃO ( ) SIM ( ) DE QUANTOS MESES?...........

7) COMENTÁRIOS / SUGESTÕES / RECLAMAÇÕES.

.......................................................................................................................................

.......................................................................................................................................