



PROCTOCLIN CURITIBA

PROCTOCLIN CURITIBA FICHA DE INVESTIGAÇÃO CLÍNICA

PACIENTE: _____ IDADE: _____ PESO: _____ ALTURA: _____

Responsável: _____ Fone/Cel: _____ CONVENIO: _____

☐ SIM	☐ NÃO	ESTÁ OU ESTEVE RECENTEMENTE EM TRATAMENTO MÉDICO?
☐ SIM	☐ NÃO	FAZ USO DE MEDICAÇÃO DE USO DIÁRIO? SE SIM, QUAIS?
☐ SIM	☐ NÃO	ESTÁ GRAVIDA OU RISCO DE GRAVIDEZ?
☐ SIM	☐ NÃO	TEM ALERGIA A ALGUM MEDICAMENTO CONHECIDO? SE SIM QUAIS?
☐ SIM	☐ NÃO	É DIABÉTICO?
☐ SIM	☐ NÃO	TEM PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS? ☐ ASMA ☐ BRONQUITE ☐ OUTROS
☐ SIM	☐ NÃO	TEM EPILEPSIA OU CONVULSÕES?
☐ SIM	☐ NÃO	SOFRE DE TRANSTORNOS RENAIIS?
☐ SIM	☐ NÃO	JÁ TEVE OU TEM DOENÇA INFECTO CONTAGIOSA? ☐ SIFILIS ☐ TUBERCULOSE ☐ HEPATITE ☐ HIV
☐ SIM	☐ NÃO	PROBLEMA DE PRESSÃO? ☐ ALTA ☐ BAIXA
☐ SIM	☐ NÃO	TEM PROBLEMAS DE CORAÇÃO? ☐ MARCAPASSO ☐ VÁLVULA CARDÍACA ARTIFICIAL ☐ STENT OU CIRURGIA CARDÍACA ☐ PALPITAÇÃO OU ARRITIMIA * SE <u>SIM</u> TRAZER AUTORIZAÇÃO DO SEU CARDIOLOGISTA OU CLÍNICO PARA REALIZAR O EXAME SOB SEDAÇÃO COM USO DE PROPOFOL
☐ SIM	☐ NÃO	JÁ FOI OPERADO(A)? SE SIM, DO QUE E QUANDO?
☐ SIM	☐ NÃO	ALGUMA OUTRA INFORMAÇÃO SOBRE A SAÚDE DO(A) MENOR QUE CONSIDERA IMPORTANTE?
☐ SIM	☐ NÃO	NECESSITA DE ATESTADO?
☐ SIM	☐ NÃO	RESPONSÁVEL PRECISA DE ATESTADO?

Declaro que todas as informações acima são verdadeiras e que estou ciente que o(a) Menor será submetido(a) ao exame e ao medicamento sedativo ou anestésico. Autorizo, desta forma, que o médico realize o procedimento solicitado. Declaro ainda estar ciente de que o(a) Menor deve estar acompanhado pela mãe/pai uma pessoa maior de idade, e somente de carro.

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL