



Questionário para pacientes em realização de Tomografia Computadorizada de Tórax

Nome: _____ Cód: _____

Sexo: M () F () Idade: ____ Peso: ____ Nascimento: __/__/__

Este questionário tem por objetivo auxiliar o médico radiologista na interpretação do seu exame, permitindo uma avaliação mais precisa das possíveis alterações.

1. Por que seu médico solicitou esse exame?

2. O senhor (a) apresenta algum desses sintomas:

() Tosse seca () Tosse com catarro () Febre () Falta de ar () Chiado no peito () Catarro com sangue
() Do no peito () Emagrecimento

3. Há quanto tempo aproximadamente vêm apresentando estas alterações?

() Menos de uma semana () Um mês () Entre dois e seis meses () Um ano () Mais de um ano.

4. Fuma ou já fumou?

() Sim. Há quanto tempo? _____ Quantos cigarros /dia? _____ () Não.

Ex tabagista há? ____ anos. Fumou por ____ anos.

5. Já fez biópsia de pulmão:

() Não. () Sim. Qual foi o resultado: _____

6. Já fez alguma cirurgia?

() Não. () Sim. Qual (is)? _____

7. Está em algum tratamento por problema de saúde:

() Não. () Sim. Qual (is)? _____

8. Faz uso de algum medicamento? _____

9. Já realizou ou realiza trabalhos/atividades com algum desses produtos:

() Jato de areia () Carvão () Amianto () Cerâmica () Solda () Pássaros

Declaro que li e compreendi as informações acima e concordo com o procedimento.

Itajubá, __/__/__ Ass: _____