



QUESTIONÁRIO PARA MARCAÇÃO DE EXAMES

Preencha o questionário abaixo e entregue-o na recepção ou o envie para o e-mail:

clinicaalffi@gmail.com

Entraremos em contato para agendar seu exame. Caso isso não ocorra, entre em contato conosco:

3988-2021 / 99688-2742

Nome:		CPF:
Data de nascimento:	Idade:	Tel.:
E-mail:	Peso:	Altura:
Convênio:	Plano:	Matrícula:
Médico solicitante:		
Exame (s) solicitado (s): () Endoscopia digestiva alta () Colonoscopia () Balão intragástrico		
Indicação (Por que seu médico pediu o exame?):		
Seu médico pediu, ou você prefere, que o exame fosse feito no hospital?		
	() Sim	() Não () Não sei

TEM OU TEVE ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE?			ESPECIFIQUE
Problema cardiovascular:	() Sim	() Não	
Arritmia cardíaca (qual tipo?)	() Sim	() Não	
Marca passo	() Sim	() Não	
Infarto, cirurgia no coração, angioplastia ou <i>stent</i>	() Sim	() Não	
Doença de válvula cardíaca, endocardite, febre reumática	() Sim	() Não	
AVC (acidente vascular cerebral – derrame)	() Sim	() Não	
Problema respiratório:	() Sim	() Não	
Apneia do sono ou roncos noturnos	() Sim	() Não	
CPAP/BiPAP (aparelhos noturnos para apneia)	() Sim	() Não	
Asma	() Sim	() Não	
DPOC (enfisema, bronquite)	() Sim	() Não	
Fibrose pulmonar	() Sim	() Não	
Dorme com suplementação de oxigênio?	() Sim	() Não	
Insuficiência renal e/ou hemodiálise:	() Sim	() Não	
• Em caso de insuficiência renal, seu preparo pode ser diferente. Informe-se.			
Doença infecciosa crônica (HIV, hepatite B, hepatite C)	() Sim	() Não	
Doença no fígado (cirrose hepática, outras doenças hepáticas)	() Sim	() Não	

ALERGIA ALIMENTAR OU MEDICAMENTOSA?	() Sim	() Não	ESPECIFIQUE
Episódio de alergia grave? Com qual substância? Manchas vermelhas na pele? Edema de glote ("garganta grossa", rouquidão, dificuldade para falar e/ou para respirar)?	() Sim	() Não	
Alergia a Buscopan®, Plasil®, Novalgina®, Lidocaína®, Omeprazol	() Sim	() Não	
Alergia a látex	() Sim	() Não	
CIRURGIA ABDOMINAL?	() Sim	() Não	
Já teve problemas durante a cirurgia ou anestesia? Quais?	() Sim	() Não	

OUTROS PROBLEMAS DE SAÚDE OU INTERNAÇÕES RECENTES?	() Sim	() Não	
---	---------	---------	--

Você apresenta algum desses sintomas:			
Dor ou aperto no peito ao fazer esforço ?	() Sim	() Não	
Falta de ar ao deitar a 0 graus, ou ao esforço ?	() Sim	() Não	
Tonteira ou desmaios ?	() Sim	() Não	

Usa algum medicamento regularmente? Escreva abaixo		
Nome	Dose (miligramas ou gramas)	Quantas vezes ao dia

Determinadas medicações podem comprometer a realização de alguns procedimentos durante o exame. Desta forma, seria aconselhável sua descontinuação. **ATENÇÃO: NENHUMA MEDICAÇÃO DEVE SER ALTERADA OU SUSPensa SEM A PERMISSÃO DO SEU MÉDICO.** Desta forma, caso isso seja necessário (vide lista abaixo), **converse com seu médico** para saber se sua medicação pode ser suspensa, temporariamente, para a realização do exame. Após o exame, retomar o uso habitual dos medicamentos.

USA, REGULARMENTE, ALGUM MEDICAMENTO? QUAL?			
Que alteram a coagulação:	Perguntar ao seu médico se pode parar a medicação para realizar o exame		
AAS (Aspirina®, Somalgin®, Bufferin®)	() Sim	() Não	Manter e avisar
Ticlopidina (Ticlid®)	() Sim	() Não	Suspender 10 dias antes
Clopidogrel (Plavix®, Clopin®), Ticagrelor (Brilinta®)	() Sim	() Não	Uso sem AAS: avisar Uso com AAS: Suspender 7 dias antes
Warfarina (Marevan®, Coumadin®)	() Sim	() Não	Suspender 5 dias antes, INR < 1.5
Rivaroxaban (Xarelto®), Apixaban (Eliquis®), Dabigatran (Pradaxa®)	() Sim	() Não	Suspender 2 dias antes
Medicamentos para diabetes:	() Sim	() Não	
Liraglutida (Victoza®, Saxenda®)	() Sim	() Não	Suspender 2 dias antes
Semaglutida (Ozempic®, Wegoxy®)	() Sim	() Não	Suspender 21 dias antes
Tirzepatida (Mounjaro®) e Dulaglutida (Trulicity®)	() Sim	() Não	Suspender 15 dias antes
Sulfonilureias (Glicazida®, Glimeperida®, Glibenclamida®)	() Sim	() Não	Suspender 1 dia antes
Metformina (Glifage®)	() Sim	() Não	Suspender na manhã do exame
Inibidor da SGLT2 (Jardiance®, Xigduo®, Forxiga®)	() Sim	() Não	Suspender 3-4 dias antes
Inibidor da DPP4 (Trayenta®, Nesina®, Galvus®, Januvia®, Suganon®)	() Sim	() Não	Usar normalmente
Medicamentos para controlar a pressão	() Sim	() Não	Suspender na manhã do exame
Ansiolíticos e/ou anti-depressivos:	() Sim	() Não	Usar normalmente

Declaro serem verdadeiras as informações acima: Data ____/____/____.

Assinatura do PACIENTE: _____

Preenchimento pela **ALFFI**: Local do exame: () Clínica Alffi / () Hospital

Data ____/____/____. Assinatura e carimbo do MÉDICO: _____