



**MONTEPIO**  
**RAINHA D. LEONOR**  
Associação Mutualista  
Instituição Particular de Solidariedade Social

## *Inquérito de Saúde*

**Identificação:** \_\_\_\_\_

*Idade:*                      *Altura:*                      *Peso:*

*Tensão Arterial:*

*Medicação Actual:*

### *Antecedentes Pessoais*

Assinalar as Respostas com um (x)

#### ***1º Doenças Cardíacas***

Angina de peito                      **Sim**\_\_\_\_    **ou**    **Não**\_\_\_\_

Enfarte Agudo do Miocárdio      **Sim**\_\_\_\_    **ou**    **Não**\_\_\_\_

Insuficiência Cardíaca ( cansaço fácil, falta de ar nocturna, inchaço dos membros inferiores)      **Sim**\_\_\_\_    **ou**    **Não**\_\_\_\_

Hipertensão Arterial                      **Sim**\_\_\_\_    **ou**    **Não**\_\_\_\_

Sopro Cardíaco                      **Sim**\_\_\_\_    **ou**    **Não**\_\_\_\_

#### ***2º Doenças Pulmonares***

Tuberculose                      **Sim**\_\_\_\_    **ou**    **Não**\_\_\_\_

Bronquite Crónica                      **Sim**\_\_\_\_    **ou**    **Não**\_\_\_\_

Asma                      **Sim**\_\_\_\_    **ou**    **Não**\_\_\_\_

**3º Doenças Nervosas**

Acidente Vascular Cerebral **Sim**\_\_\_ **ou** **Não**\_\_\_

Psicose **Sim**\_\_\_ **ou** **Não**\_\_\_

**4º Diabetes** **Sim**\_\_\_ **ou** **Não**\_\_\_

**5º Outras Doenças** **Sim**\_\_\_ **ou** **Não**\_\_\_

*Em Caso Afirmitivo Especificar:* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Declaro, sob compromisso de honra, que as informações acima prestadas correspondem à verdade .

Qualquer falta ou omissão dolosa será punida nos termos da Lei e dos Estatutos.

Assinatura: