



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: