

## Solicitação Tele-espirometria

### *Dados do paciente*

Nome:

Sexo:

Data de nascimento:

CPF:

CNS:

Peso (kg):

Altura (cm):

Profissão (descrição livre)

### *Endereço de residência*

Logradouro:

Bairro:

CEP

País:

Estado:

Cidade:

Telefone:

Instituição:

### *Motivo do exame*

Investigação Diagnóstica

Controle de tratamento

Pré-operatório

Ocupacional

### *Tabagismo*

Fumante

Ex-fumante

Nunca fumou

### *Etilismo - com qual frequência consome bebidas com álcool?*

Nunca

2-4 vezes ao mês

4 ou mais vezes por  
semana

Mensalmente

2-3 vezes por semana

Resumo História Clínica:

História Mórbida Familiar:

História Mórbida Progressiva:

### *Comorbidades*

Alergia

Hipertensão arterial

Revascularização  
miocárdica prévia

Diabetes Mellitus

Histórico familiar de  
doença coronariana

Rinite

Dislipidemia

Obesidade

Nenhum

Doença pulmonar  
crônica

Refluxo

Outra

Doença renal crônica

gastroesofágico

Doença reumatológica

Medicamentos em Uso (informar a dosagem):