

QUESTIONÁRIO PRÉ- CONSULTA

1) Contraindicações Absolutas

1.1) Patologia Crónica

| | <u>Sim</u> | <u>Não</u> |
|--|--------------------------|--------------------------|
| - Doenças auto-imunes (ex: lúpus eritematoso sistémico, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Doenças reumatológicas (ex: arterite reumatoide, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Doenças inflamatórias intestinais (ex: doença de Crohn, colite ulcerosa, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Doenças do foro psiquiátrico (ex: depressão major, esquizofrenia, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Doenças do foro cardio-vascular (ex: enfarte agudo do miocárdio, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Doenças infecciosas activas (ex: gripe, pneumonia, tuberculose, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Gravidez ou Aleitamento | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

1.2) Medicação Actual

| | | |
|-------------------|--------------------------|--------------------------|
| - Anticoagulantes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|-------------------|--------------------------|--------------------------|

(Se alguma resposta positiva, está contraindicada a realização de procedimentos de medicina estética)

2) Contraindicações Relativas

2.1) Medicação Actual

| | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| - Anti-agregantes (ex: aspirina, clopidogrel) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Suplementos alimentares ou vitamínicos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

(Se alguma resposta positiva, o doente deverá parar a medicação 5 dias antes da consulta)

NOTA:

i) Este questionário deverá ser entregue apenas ao seu médico, salvaguardado assim o sigilo médico.

ii) O preenchimento deste questionário não dispensa a realização de uma consulta médica.

iii) O preenchimento deste questionário não indica a capacidade de realização de procedimentos de medicina estética, a qual será avaliada em consulta médica.

Data

____/____/____

Nome

Assinatura
