

2. EXAME MÉDICO (continuação)

11. Nos últimos 3 anos foi dada indicação para consulta de especialidade (quais, datas e motivos)?	Sim	Não

12. Nos últimos 3 anos realizou exames complementares de diagnóstico	Sim	Não	(quais, datas, motivos e resultados)?

HOMENS (questionário específico)

13. Próstata	Especifique	
Há alterações no exame da próstata?	Sim	Não
Existem alterações miccionais?	Sim	Não

MULHERES (questionário específico)

14. Mama	Especifique	
Há alterações à inspeção e à palpação?	Sim	Não
Se efectuou, qual o resultado e data da última mamografia / ecografia mamária?		
15. Aparelho Ginecológico, há alterações nos exames:	Especifique	
Do útero?	Sim	Não
Dos anexos?	Sim	Não
Vulvovaginal?	Sim	Não
Existem sinais de incontinência ou prolapso urogenital?	Sim	Não
Se efectuou, qual o resultado da última ecografia pélvica e citologia vaginal?		

3. EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO

Obrigatórios e efectuados há menos de 3 meses

16. Análises: hemograma com plaquetas, ureia, glicémia, creatinina, Urina II
Data e resultados

17. Electrocardiograma
Data e resultado

18. Rx do Torax
Data e resultado

19. Outros (não obrigatórios)
Data e resultado

4. OBSERVAÇÕES

5. MÉDICO

Nome completo	Número Cédula Profissional
---------------	----------------------------

Centro Clínico de	Localidade
-------------------	------------

Assinatura do Médico

VINHETA
DO
MÉDICO