

PEDIDO DE ALTERAÇÃO DE PLANO DE SAÚDE PARA CORPORATIVO II



Exame Médico

Preenchimento obrigatório por Médico

Caro colega:

Solicitamos que confirme a identidade do candidato e agradecemos que formule as perguntas, uma por uma, e que realize os exames necessários para esclarecimento da situação clínica.

Lembre-se que uma informação clara e completa geralmente é suficiente para apreciar o risco. Evitará atrasos e uma troca de informações que o incomodará.

Agradecemos que sempre que necessário, dê detalhes.

Muito obrigado pela sua colaboração.

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome completo	Data de Nascimento	Idade
Nº Beneficiário	Titular ou parentesco	

2. EXAME MÉDICO

1.1 Altura m	1.2 Peso Kg	1.3 Tensão Arterial max min
----------------------	-------------------	---

2. É reformado por acidente ou doença?	Sim Não	Motivo	
		Desde	
			Grau de Incapacidade %

3. Algum dos familiares (avós, pais, irmãos, filhos) sofreu ou sofre de:	Especifique:		
Doenças congénitas?	Sim Não		
Diabetes?	Sim Não		
Doenças malignas?	Sim Não		

4. Apresenta alguma lesão, deficiência, deformidade ou incapacidade física resultante de:	Especifique:		
Traumatismo?	Sim Não		
Doença?	Sim Não		

5. Coração	Especifique:		
Há alterações no exame cardíaco?	Sim Não		
Frequência cardíaca em repouso:	puls./min.	Qual o resultado do último ECG?	
Valores da tensão arterial:	máx	min	

6. Aparelho Osteo - Articular - sofre de queixas ou alterações osteo - articulares:	Especifique:		
Dos membros?	Sim Não		
Da coluna vertebral?	Sim Não		
Da bacia?	Sim Não		
Se afirmativo, qual o resultado e data dos últimos exames radiológicos?			

7. Doenças Vasculares	Especifique:		
Há alterações no exame dos pulsos arteriais?	Sim Não		
O exame do sistema nervoso revelou a existência de:			
Varizes tronculares?	Sim Não		
Varicosidades dérmicas?	Sim Não		

8. Metabólicas e Endócrinas	Especifique:		
Sofre de Diabetes?	Sim Não		
Retinopatia?	Sim Não	Nefropatia	Sim Não
		Cardiopatia	Sim Não
		Vasculopatia	Sim Não
Há alterações no exame da glândula tiroideia?			
Sim Não			
Se efectuou, qual o resultado e data da última Ecografia e citologia?			
Existem outras doenças metabólicas ou endócrinas?			
Sim Não			

9. Vesícula Biliar	Especifique:		
Há queixas de dispepsia compatíveis com litíase vesicular?	Sim Não		
Se afirmativo, qual o resultado e data do último exame ecográfico hepato-biliar?			

10. Hérnias da Parede Abdominal	Especifique:		
Há alterações ao exame dos pontos herniários da parede abdominal?	Sim Não		

2. EXAME MÉDICO (continuação)

11. Nos últimos 3 anos foi dada indicação para consultas 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 inspecção 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

