



(preencher quando não houver etiqueta)

Nome: _____

Idade: _____ anos _____ meses

IH: _____ Leito: _____

Ficha de Admissão Médica

Data: ____/____/____

Hora: ____:____

Médico de referência: _____

Queixa e duração: _____

História Pgressa da Moléstia Atual

Antecedentes Familiares (assinale com "X" em caso afirmativo)

☐ Diabetes ☐ Hipertensão arterial ☐ Coronariopatia ☐ Cardiopatia ☐ Dislipidemia ☐ Câncer ☐ Morte súbita

☐ Outros: _____

Antecedentes Pessoais (assinale com "X" em caso afirmativo)

☐ Hipertensão arterial	☐ Diabetes melitus	☐ Doença Infecciosa _____
☐ ICC	☐ Esofagite / Refluxo	_____
☐ Angina	☐ Gastrite	☐ Doença Neurológica _____
☐ IAM em: _____	☐ Doença diverticular	_____
☐ Arritmias _____	☐ Hepatopatia _____	☐ Câncer _____
☐ Valvopatia _____	☐ Nefropatia _____	_____
☐ Dislipidemia	☐ Reumatismo _____	☐ Alergias _____
☐ Tireóidopatia _____	☐ Obesidade _____	☐ _____
☐ Pneumopatia _____	☐ Doença de chagas _____	☐ _____
☐ Cirurgias _____		

Hábitos (assinale com "X" em caso afirmativo)

Tabagismo: ☐ Fuma _____ cig/dia ☐ Fumou durante _____ anos ☐ Drogas, cite: _____

Etilismo: ☐ Ocasional ☐ Moderadamente ☐ Ex etilista ☐ Etilista _____ anos

Atividade física: ☐ Sedentário ☐ Moderada _____ ☐ Intensa _____