



Hospital do  
Coração

HCor

Associação do  
Sanatório Sírio

(preencher quando não houver etiqueta)

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ anos \_\_\_\_\_ meses

IH: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

## Setor de Congênitos - Ficha de Admissão

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_

Médico de referência: \_\_\_\_\_

### Dados Clínicos

#### 1- Antecedentes familiares

Diabetes  Hipertensão  Coronariopatias  Cardiopatia geral  Outros \_\_\_\_\_

Drogas durante a gestação  Não  Sim, especificar: \_\_\_\_\_

Casamento sanguíneo:  Não  Sim, parentesco \_\_\_\_\_

Fator RH materno: \_\_\_\_\_ Fator RH paterno: \_\_\_\_\_

Exposição materna ao Raio X:  Não  Sim \_\_\_\_\_ meses da gestação

Mãe tabagista:  Não  Sim \_\_\_\_\_ cig./dia Durante a gestação:  Não  Sim \_\_\_\_\_ cig./dia

Pai tabagista:  Não  Sim \_\_\_\_\_ cig./dia Nº de filhos: \_\_\_\_\_ Filhos vivos: \_\_\_\_\_ Filhos mortos: \_\_\_\_\_

Outros filhos cardiopatas  Não  Sim, especificar: \_\_\_\_\_

Abortos:  Não  Sim  Provocado  Espontâneo, especificar: \_\_\_\_\_

#### 2- Antecedentes Pessoais

Parto normal  Fórceps  Cesária Peso ao nascer: \_\_\_\_\_ kg. Altura ao nascer: \_\_\_\_\_ cm.

A termo  Prematuro: \_\_\_\_\_ semanas Choro ao nascer:  Sim  Não  Síndrome de Down

Traumatismo de parto:  Não  Sim

Suspeita de cardiopatia:  Ao nascimento  Consulta de rotina  Outro: \_\_\_\_\_

Cianose  Não  Ao nascimento  Ao choro  Às mamadas  Tardia \_\_\_\_\_ meses \_\_\_\_\_ anos.

Crise de anóxia:  Não  Sim Seqüela após crise de anóxia:  Não  Sim, especifique: \_\_\_\_\_

Broncopneumonia:  Não  Sim Resfriados de repetição:  Não  Sim

Cansaço aos esforços:  Não  Maiores  Médios  Mínimos  Sudorese excessiva:  Não  Sim

Interrupção às mamadas:  Não  Sim Hipodesenvolvimento psicomotor:  Não  Sim

Endocardite bacteriana:  Não  Sim Reumatismo poliarticular:  Não  Sim Cardite reumática:  Não  Sim

Déficit visual:  Não  Sim, cite: \_\_\_\_\_ Déficit auditivo  Não  Sim, cite: \_\_\_\_\_

Outras anomalias:  Não  Sim, especificar: \_\_\_\_\_

Cirurgias anteriores:  Não  Sim, especificar: \_\_\_\_\_

Transfusão de sangue:  Não  Sim, especificar: \_\_\_\_\_

Ecocardiograma:  Não  Sim Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_

Cateterismo:  Não  Sim Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_

Medicamentos em uso:  Não  Sim

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

