



QUESTIONARIO REFERENTE A PROVA VENTILÁTORIA

(PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR)

Nome: _____

Médico Requisitante : _____

Solicitamos responder estas perguntas para melhor avaliação do exame a ser realizado.

- 01) Qual a sua idade? _____ anos.
- 02) Você sabe o motivo de estar fazendo esse exame? _____
- 03) Você tem algum desses sintomas respiratórios?(marcar Sim ou Não)
- | | | |
|-------------------|---------|---------|
| Chiado no peito | () sim | () não |
| Pigarro | () sim | () não |
| Falta de Ar | () sim | () não |
| Tosse seca | () sim | () não |
| Tosse com catarro | () sim | () não |
- 04) Já fez cirurgia de Pulmão? () sim () não. Por que? _____
- 05) Já fez cirurgia de traquéia ou foi submetido a anestesia geral por mais de 12 horas?
() sim () não
- 06) Tem problema cardíaco? () sim () não.
Qual? _____
- 07) Já trabalhou ou morou em locais com muitos materiais tóxicos : poeira , gases, fumaça? ()
sim () não.
- 08) A que tipo de substância tóxica foi exposto?

- 09) Se já fumou, citar o tipo de fumo.
- | | | |
|----------|---------|---------|
| Cigarro | () sim | () não |
| Charuto | () sim | () não |
| Cachimbo | () sim | () não |
- 10) Quantos por dia ?
- | | |
|----------|-------|
| Cigarro | _____ |
| Charuto | _____ |
| Cachimbo | _____ |
- 11) Se você deixou de fumar, quanto tempo faz? _____
- 12) Descrever qualquer medicamento que tenha tomado hoje, incluindo o uso da bombinha.Favor colocar o horário.
- | | | | |
|-----|-------|---------|-------|
| 01. | _____ | horario | _____ |
| 02. | _____ | horario | _____ |
| 03. | _____ | horario | _____ |