

COMANDO DA AERONÁUTICA
HOSPITAL CENTRAL DA AERONÁUTICA
SERVIÇO DE IMAGINOLOGIA

Rua Barão de Itapagipe, 167 – Rio Comprido
CEP 2061-005 – Rio de Janeiro/RJ
Tel: (PABX) 3501-3100 / SIMG 3501-3169

PRÉ BIÓPSIA DE MAMA

QUESTIONÁRIO

Nome:

Telefone para contato:

Idade:

QUESTIONÁRIO

1) Você tem

- Diabetes mellitus?

() SIM () NÃO

- Doença do fígado?

() SIM () NÃO

- Alguma doença crônica?

() SIM () NÃO

Se possui especifique:

2) Você tem ou já teve problemas de sangramento?

() SIM () NÃO

3) Você está tomando algum tipo de anticoagulante oral ou injetável e ou antiinflamtório?

() SIM () NÃO

4) Você toma regularmente ou tomou Aspirina® nos últimos 10 dias?

() SIM () NÃO

Quando ingeriu o último comprimido deste medicamento?

5) Você tem algum tipo de alergia?

() SIM () NÃO

Se possui especifique:

6) Está grávida?

() SIM () NÃO

Médico(a) responsável pelo exame: _____