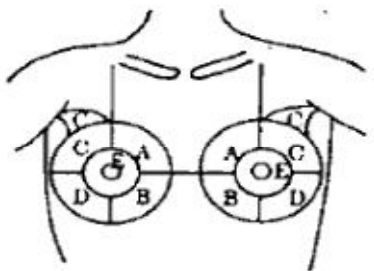
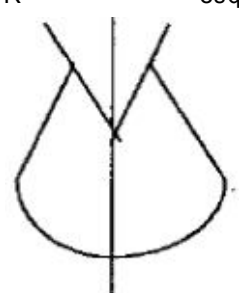


Questionário de Exame de Saúde Específico

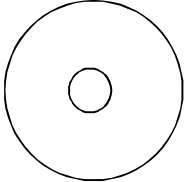
1	Está usando remédio para baixar a pressão? -----	1: sim	2: não	<input type="checkbox"/>	
2	Está usando remédio para baixar a glicose ou toma insulina? -----	1: sim	2: não	<input type="checkbox"/>	
3	Está usando remédio para baixar o nível de colesterol? -----	1: sim	2: não	<input type="checkbox"/>	
4	O médico já disse que você sofre de acidente vascular cerebral (como hemorragia cerebral ou enfarte cerebral) ou já fez tratamento médico? -----	1: sim	2: não	<input type="checkbox"/>	
5	O médico já disse que você sofre de doença cardíaca (como angina de peito ou infarto do miocárdio) ou já fez tratamento médico? -----	1: sim	2: não	<input type="checkbox"/>	
6	O médico já disse que você sofre de Insuficiência renal crônica ou já fez tratamento médico (Diálise)?	1: sim	2: não	<input type="checkbox"/>	
7	O médico já disse que você tem anemia? -----	1: sim	2: não	<input type="checkbox"/>	
8	Você tem histórico de tabagismo (inclusive se está fumando atualmente)? ---	1: sim	2: não	<input type="checkbox"/>	
9	Atualmente, fuma cigarros habitualmente. ----- (※ 100 cigarros no total, ou fuma a mais de 6 meses, ou fuma a 1 mês)	1: sim	2: não	<input type="checkbox"/>	
10	O peso aumentou mais de 10 kg, desde quando tinha 20 anos de idade.-----	1: sim	2: não	<input type="checkbox"/>	
11	Duas ou mais vezes por semana faz exercícios para suar levemente, por mais de 30 min, durante pelo menos 1 ano. -----	1: sim	2: não	<input type="checkbox"/>	
12	Faz caminhada ou atividade equivalente durante mais de 1 hora por dia, na vida cotidiana. -----	1: sim	2: não	<input type="checkbox"/>	
13	Comparando com uma pessoa da mesma idade e sexo, a velocidade para andar é rápida. -----	1: sim	2: não	<input type="checkbox"/>	
14	O peso diminuiu mais de 3kg ou aumentou mais 3kg no último ano. -----	1: sim	2: não	<input type="checkbox"/>	
15	Comparando com os outros, a velocidade para comer é rápida. --	1: rápida	2: normal	3: devagar <input type="checkbox"/>	
16	3 vezes ou mais por semana, come dentro de 2 horas antes de dormir. -----	1: sim	2: não	<input type="checkbox"/>	
17	3 vezes ou mais por semana, belisca (além das 3 refeições) após o jantar. ----	1: sim	2: não	<input type="checkbox"/>	
18	3 vezes ou mais por semana, não toma o café da manhã. -----	1: sim	2: não	<input type="checkbox"/>	
19	Frequência em tomar bebida alcoólica (como sake, shochu, cerveja, licor) ----- 1: toma todos os dias 2: de vez em quando 3: praticamente não toma (não consegue beber) <input type="checkbox"/>				
20	Quantidade que toma por dia quando bebe. ----- (medida de 1 dose: saque: 180ml; cerveja: 500ml; shochu 35 graus: 80ml; whisky: 60ml; vinho: 240ml)	1: menos de 1 dose	2: 1 a 2 doses	3: 2 a 3 doses	4: mais de 3 doses <input type="checkbox"/>
21	Tem repousado bem durante o sono? -----	1: sim	2: não	<input type="checkbox"/>	
22	Você pensa em melhorar o estilo de vida praticando exercícios e melhorando os hábitos alimentares?	1: Não penso em melhorar 2: Penso em melhorar (geralmente dentro de 6 meses) 3: Curto prazo (dentro de 1 mês) - Iniciei aos poucos 4: Já estou tentando melhorar (a menos de 6 meses) 5: Já estou tentando melhorar (fazem 6 meses ou mais)			
23	Se você tiver a oportunidade de receber orientações de saúde para a melhoria de doenças relacionadas com o estilo de vida, você desejaria recebê-las?	1: sim	2: não	<input type="checkbox"/>	

Diagnóstico de Câncer da mama

Resultado do diagnóstico		1. Sem anormalidade	2. Fazer o exame minucioso	Nome do médico:
Observação: vista - palpação		direito	esquerdo	Vista e Palpação
Tumor	tem não tem tamanho	- + x cm	- + x cm	 <p>Assimetria Dir. Esq. (- +)</p>
	limite mobilidade	- + clareza,irregularidade	- + clareza,irregularidade	
Sint. pele	Anormalidade	- +	- +	
	retração	- +	- +	
	vermelhidão	- +	- +	
	edema	- +	- +	
Mamilo	ulceração	- +	- +	
	Anormalidade	- +	- +	Mamografia direita R esquerda L categoria categoria N N 1 1 2 2 3 3 4 4 5 5 
	deformação	- +	- +	
	inflamação	- +	- +	
eczema	- +	- +		
Infund. do	secreção anormal	trombo, latico aquoso, outros	trombo, latico aquoso, outros	
	Anormalidade	- +	- +	
	Tumor da fossa clavicular	- +	- +	
	dureza	- +	- +	
do	tumor axilar	- +	- +	
	dureza	- +	- +	
				Tipo de obs. inflamação calcificação outros

Q u e s t i o n á r i o	Altura : cm	Peso : kg	Histórico mamografia : tem (vezes) • não tem	exame próprio:tem (vezes) • não tem	
	Menstruação	tem • não tem, prim.vez (anos) , regular • irregular, última vez (mês dia até mês dia)			
	Casamento	solteira • 1o.casamento (anos) , viúva (anos) , mora separada (anos) novo casamento (anos)			
	Gravidez	vezes (parto vezes, perda vezes, aborto : artificial vezes, natural vezes)			
	Parto	1º.parto (anos) , gravidez atual meses, Puerpério meses, amamentação			
	Amamentação	Idade do último parto (anos)			
	Histórico	Sim (materno, artificial, combinação) • Não			
	Histórico familiar	Doença da mama tive () • não tive, outras doenças () cirurgia (útero, ovário) sim • não, tratamento hormonal sim • não, Terapia com Radiação sim • não Câncer da mama sim (avó, mãe, irmã, filha,sobrinha, tia) • não outros tipos de câncer tem (útero, estômago, outros) • não			

Diagnóstico do Câncer do colo do útero e Câncer endometrial

Resultado	colo	1.Negativo 2.Necessita exame minucioso 3.Necessita novo exame 4.Outras doenças(doença diferente de câncer do colo)					
	endométrio	1.Não realizado 2.Realizado: a.Negativo b.Necessita exame minucioso c.Necessita novo exame d.Outras doenças (doença que não seja o câncer do endométrio)					
Hospital		Examinador Geral					
Colo		1.Método de pigmentação direta (a.cotonete b.escova c.Endosit d.Sitpic e.espátula) 2.Método de ex. líquido					
Endométrio		1.Mét. por sucção 2.Mét. por raspagem	Exame citológico	1.Negativo 2.Pseudopositivo 3.Positivo 4.Inadequado			
Observação clínica 1.Sem mudanças aparentes 2.Erosão do colo uterino 3.Pólipo no colo uterino 4.Cervicite 5.Fibroma do útero 6.Prolapso uterino (v aginal), queda 7.Vaginite, vulvite 8.Vaginite senil 9.Tumor Vulvovaginal 10.Tumor apêndice 11.Outros ()	Obs. cervical/colposcopia 	S i s t e m a c e r v i c a l	Amostra		Apropriado · Desapropriado (razão :)	Antiga classif. materna	
			Negativo	1.NILM	microorganismo não neoplásicas		I , II
				2.ASC-US	Suspeita de lesão intra-epitelial moderada		II , III a
			Ectótipo escamoso anormal	3.ASC-H	Suspeita de lesão intra-epitelial grave		III a, III b
				4.LSIL	Contaminação HPV		III a
					Displasia de baixo grau		
				5.HSIL	Displasia de grau médio		III a
			Displasia de alto grau		III b		
			Sistema vaginal anormal	Carcinoma intra-epitelial		IV	
				6.SCC	Carcinoma de células escamosas		V
7.AGC	Suspeita de Glândulas atípicas ou Adenocarcinoma			III			
8.AIS	Adenocarcinoma intraepitelial			IV			
Médico		9.Adenocarcinoma		Adenocarcinoma	V		
Examinador das células		10.Outros tumores malignos			V		
Especialista em citologia							

Já fez diagnóstico de câncer do útero?	1. Não 2. Sim () vezes ① último diagnóstico: Ano Mês ② Já fez o diagnóstico de câncer do útero realizado pela preferência: a. Não b.Sim (Prefeitura)				
Alguém da família já teve câncer?	1. Sim (parentesco: nome da doença:) 2. Não				
Menstruação	1. Primeira vez (anos completos) 2. Menopausa (anos completos) 3. ① Regular ② Irregular ③ Não tem ④ Dismenorreia → Cólicas Menstruais (Não · Sim) a. Últ. menstruação: a partir do mês dia , dias,quantid. (muita.média.pouca) b.grávida				
Gravidez	Nº.de gestações (vezes) <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>Parto</td><td>vez (Último parto anos) · natimorto vezes</td></tr><tr><td>Aborto</td><td>vezes (Aborto espontâneo vezes; aborto vezes)</td></tr></table>	Parto	vez (Último parto anos) · natimorto vezes	Aborto	vezes (Aborto espontâneo vezes; aborto vezes)
Parto	vez (Último parto anos) · natimorto vezes				
Aborto	vezes (Aborto espontâneo vezes; aborto vezes)				
Você usa hormônios?	1. Não 2. Sim (Espécie: período:				
Usa dispositivo intra-uterino(DIU)?	1. Não 2. Sim				
Já recebeu a a vacina contra HPV?	1. Não 2. Sim (primeira vez no ano de)				
Você já teve alguma doença do útero?	1. Não 2. Sim (doença: ,① Em tratamento ② Término do tratat.:ano mês)				
Você tem algum sangramento que não seja a menstruação?	1. Não 2. Sim ① Cor (sangue fresco, sangue claro, sangue escuro, outros) ② Quantidade (muita, um pouco mais elevada, pouca) ③ Desde quando () desde antes (só 1 vez · de vez em quando · continuamente) ④ Em que situação? (após o contato · Defecação · Urina · naturalmente · outros)				

Diagnóstico do intestino grosso

Resultado do Exame

1. Sangue oculto nas fezes
2. Necessita de exame minucioso

Questionário (faça um círculo ou escreva no lugar adequado)

1. Fez o exame de estômago junto?

Sim Não

2. Já fez o diagnóstico do intest. grosso em grupo?

Sim (ano mês , anos antes)

Não

3. Alguém da família já teve câncer?

Sim (parentesco doença)

Não

4. Como está o estômago e o intestino?

1.Muito bem 2.Normalmente bem

3.Mal, às vezes 4.Sempre mal

5. O que gosta de comer?

Carne Peixe Legumes

Outros ()

6. Já fez o diagnóstico minucioso do intestino?

Sim (Hospital)

(Nome do diagnóstico)

Não

7. Tem hemorróide?

Sim Não

8. Já teve sangue nas fezes?

Sim Não

9. Tem diarreia ultimamente?

Sim Não

10. Tem prisão de ventre ultimamente?

Sim Não

11. Remédio usado frequentemente

Sim Não (remédio:)

12. Fale sobre os seus gostos

cigarro: não fuma fuma

bebida alcoólica: não toma toma

café: não toma toma

13. Outros (principais)

Exame de Câncer do estômago

Tipos de ponto de vista	1.Líquido viscoso na pos. prona	2.Imagem pos. prona cheia	Pos.supina dupla 3.Imagem frontal em contraste	Pos.supina dupla 4.Imagem oblíqua 1 do contraste
00 Sem anormalidade				
01 Estômago em cascata 10 Nísshe				
02 Vólvulo 11 Borda irregular				
03 Gastropose 12 Rigidez marginal				
04 Encurtamento da curvatura menor 13 Falha de enchimento				
05 Distorção angular estômago 14 Alívio grande, desordem	Pos.supina dupla 5.Imagem oblíqua 2 do contraste	Pos. semi-deitado duplo 6.Imagem oblíqua 2 do contraste	7.Imagem frontal cheia de pé	Carga tridimensional 8.Imagem oblíqua 1
06 Entrada de golfo 15 Alívio intensivo				
07 Estenose 16 Alívio com ruptura				
08 Deformação da superfície Sphere 17 Translucência				
09 Bulbo desconhecido 18 Outros				
próximo diagnóstico nome do diagnóstico outros	G. T. ?	G. U. ?	D. U. ?	Pólipo
Resultado	1.Sem anomalia 2.Neces. observação 3.Necessita ex. minucioso 4.Indeterminável			

Q u e s t i o n á r i o	<p>① Alguém da família(mesma corrente sanguínea) teve câncer? Escreva a região do corpo ()</p> <p>1. Não 2. Sim</p> <p>Pai () Mãe () Irmão mais velho () Irmã mais velha ()</p> <p>Irmão mais novo() Irmã mais nova() Filho() Filha()</p> <p>Avô paterno () avó () tio () tia ()</p> <p>Avô materno () Avó () tio () tia ()</p> <p>② Já fez o exame de estômago antes?</p> <p>1. Não 2. Sim</p> <p>(1)Ex. Raio X (vezes) (última vez foi no ano de)</p> <p>(2)Endoscópio(câmera do estamago.) (vezes) (última vez foi no ano de)</p> <p>③ Já teve as seguintes doenças?</p> <p>1. Não 2. Sim</p> <p>(1)Úlcera Gástrica (2)Úlcera do duodeno (3)Pólipo</p> <p>(4)Cólicas (5)Gastrite crônica (6)Câncer gástrico</p> <p>(7)Outros ()</p> <p>④ Já fez cirurgia na região abdominal?</p> <p>1. Não 2. Sim (nome da doença ,à anos)</p>	<p>⑤ Como está a saúde física ultimamente?</p> <p>1.Dor de estômago (estômago vazio · pós-refeição · sem relacionados)</p> <p>2.Dor de barriga</p> <p>3.Engasgado com comida (garganta · peito · plexo celíaco)</p> <p>4.Indigestão, estômago pesado 5.Arrotos 6.Azia</p> <p>7.Sem fome 8.Sai um líquido azedo 9.Diarréia 10.Prisão de ventre</p> <p>11.Fezes tarry 12Perda de peso 13.Rosto pálido</p> <p>14. Outros ()</p> <p>⑥ Hora da refeições</p> <p>1. Regular 2. Irregular</p> <p>⑦ Preferências</p> <p>Cigarro 1. Não fumo 2. Fumava antes</p> <p>3. Fumo (cigarros/dia)</p> <p>Bebida alcoólica 1. Não bebo 2. Bebia antes</p> <p>3. Bebo (Todo os dias às vezes raramente)</p>
	<p>Sumário A Estou grávida B Não estou grávida C Menopausa</p>	