

pHimpedanciometria: _____ pH: _____ Mano: _____

Nome Completo: _____	
Idade: _____	Data de Nascimento: ____/____/____ Sexo: _____ Profissão: _____
Natural: _____	Telefone: _____
Médico Assistente: _____	Convênio: _____
Endereço Completo: _____	
E-mail: _____	

- 1 - Já se submeteu a exame endoscópico? SIM NÃO
- 2 - Alergia a Xilocaína? SIM NÃO
- 3 - Já teve Hepatite B ou C? SIM NÃO
- 4 - Já se submeteu a cirurgia do esôfago ou estômago? SIM NÃO
- 5 - Faz uso constante de medicamentos? SIM NÃO

Quais? _____

6 - Assinale os sintomas atuais:

- | | | | |
|---------------------------------|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Azia | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Dificuldade para engolir | <input type="checkbox"/> Pigarro na garganta |
| <input type="checkbox"/> Arroto | <input type="checkbox"/> Refluxo | <input type="checkbox"/> Dor no peito | <input type="checkbox"/> Faringite crônica |
| <input type="checkbox"/> Vômito | <input type="checkbox"/> Queimação no peito | <input type="checkbox"/> Bolo na garganta | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Tosse | <input type="checkbox"/> Má digestão | <input type="checkbox"/> Rouquidão | <input type="checkbox"/> _____ |

<p>pHmetria:</p> <p>De Meester:</p> <p>Refluxo <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p> <p><input type="checkbox"/> Combinado <input type="checkbox"/> Ortostatismo <input type="checkbox"/> Supino</p> <p>Índice de Sintomas: _____</p>	<p>Manometria:</p> <p>EES: _____</p> <p>Motilidade: _____</p> <p>EEl: _____</p>	<p>Amplitude Distal</p>	<p>Amplitude Proximal</p>
--	--	-----------------------------	-------------------------------

Resultados de Exames Prévios:

_____ / _____ / _____
Assinatura Data

OBS.: O tempo médio de permanência do paciente em nosso Serviço é de 2 (duas) horas.