TRIAGEM DE SAÚDE E ESTRATIFICAÇÃO DOS FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR

1) Dados Pessoais
Nome: _____
Data de Nascimento: _____/_____/_____ Sexo: ( )M ( )F

2) Você sente algum dos sintomas abaixo de forma frequente, sem outra explicação de saúde e durante o exercício ou durante emoção(estresse)? ( ) Não ( ) Sim Qual(is)? ( ) Dor/Desconforto/Comp./ no peito/braço/pescoço ( ) Falta de ar (dispnéia) repouso ou exercício leve ( ) Síncopes (tontura/desmaios) ( ) Palpitação ou taquicardia(batedeira no peito) ( ) Falha no coração (arritmia) ( ) Dor no membro inferior (CI) ( ) Fadiga incomum ( ) Outros_____	

3) Você tem problema cardiovascular (arritmia, doença valvar, cateterismo, angioplastia, revascularização, doença do miocárdio, infarto do miocárdio, derrame, doença arterial periférica)? ( ) Não ( ) Sim. Qual(is)? _____	
4.1) Você tem outros problemas de saúde? Qual(is)? _____ 4.2) Você toma algum medicamento(remédio)?Qual(is)? _____	

5) Presença de fatores de risco cardiovascular: 5.1) Sexo/Idade H ≥ 45 anos ( ) Não ( ) Sim M ≥ 55 anos ( ) Não ( ) Sim	
5.2) História Familiar (Pai/Mãe/Irmãos com IAM, revascularização coronariana ou morte súbita, se H < 55 anos e M < 65 anos: ( ) Não ( ) Sim ( ) Não sabe Qual idade?_____	
5.3) Você é fumante? ( ) Não ( ) Sim ( ) Ex fumante. A quanto tempo parou:_____	
5.4) Você tem pressão arterial alta (PAS ≥ 140 mmHg e/ou PAD ≥ 90 mmHg ou faz uso de alguma medicação Anti-hipertensiva)? Tamanho Braço Dominante:_____cm FC rep:_____bpm ( ) Não ( ) Sim ( ) Não sabe Valor medido:_____/_____ mmHg PAc:_____/_____ mmHg	
5.5) Você tem diabetes mellitus (glicose de jejum ≥ 100 mg/dl ou faz uso de alguma medicação oral/insulina)? ( ) Não ( ) Sim ( ) Não sabe Valor medido:_____ mg/dl	
5.6) Você tem dislipidemia (colesterol total > 200 mg/dl e/ou LDL-c > 130 mg/dl e/ou HDL-c < 40 mg/dl ou faz uso de alguma medicação-estatina)? ( ) Não ( ) Sim ( ) Não sabe Valor medido:_____ mg/dl	
5.7) Você tem obesidade (IMC > 30 Kg/m^2 e/ou cintura H > 102 cm, M > 88 cm)? ( ) Não ( ) Sim Peso:_____Kg Estatura:_____m IMC:_____Kg/m2 Cintura:_____cm	

6) RISCO CARDIOVASCULAR para o exercício: ( ) Muito alto ( ) Alto ( ) Moderado ( ) Baixo
7) Recomendação de atenção à saúde: ( ) Não se exercitar até procurar um médico:_____ ( ) Fazer teste ergométrico para melhor prescrição ( ) Recomendado ( ) Necessário ( ) Procurar um médico:_____
8) Prescrição? ( ) Sim ( ) Não Por que? _____