

2. EXAME MÉDICO (Se sim, especifique) - Continuação

2.10 - Nos últimos 3 anos foi dada indicação para consultas de especialidade? (quais, datas e motivos)

Não Sim _____

2.11 - Nos últimos 3 anos realizou exames complementares de diagnóstico? (quais, datas e motivos)

Não Sim _____

HOMENS (questionário específico)

2.12 - Próstata

Há alterações no exame da próstata? Não Sim _____
Existem alterações miccionais? Não Sim _____

MULHERES (questionário específico)

2.13 - Mama

Há alterações à inspeção e à palpação? Não Sim _____
Qual o resultado e a data da última mamografia / ecografia mamária? _____

2.14 - Aparelho Ginecológico, há alterações nos exames

Do útero? Não Sim _____
Dos anexos? Não Sim _____
Vulvo-vaginal? Não Sim _____
Existem sinais de incontinência ou prolapso uro-genital? Não Sim _____
Qual o resultado da última ECO pélvica e citologia vaginal? _____

3. OBSERVAÇÕES

4. MÉDICO - Examinador ou Assistente

Nome completo: _____ N.º Cédula Profissional _____
Morada: _____ Localidade: _____
Código postal: _____ - _____ País: _____ Telefone _____

Data

Assinatura do Médico
