

Formulário de Solicitação de Espirometria – TelessaúdeRS/UFRGS

CONTRAINDICAÇÃO para realização da espirometria: Hemoptise, Angina recente, Descolamento de retina, Crise hipertensiva, Edema pulmonar, Aneurisma de aorta torácica e Tuberculose ativa.

BRONCODILATADOR: de forma padronizada em todos os exames são aplicados broncodilatador. Para realização do exame sem uso de broncodilatador, justifique no campo observações.

Identificação do(a) paciente

Número do Cadastro Nacional de Saúde (Cartão SUS) do Paciente - CNS:

Número do Cadastro Nacional de Pessoa Física - CPF:

Nome Completo do Paciente:

Data de Nascimento do Paciente: / / 5. Sexo: M F

Nome Completo da Mãe do Paciente:

Telefones do paciente com DDD:

E-mail do paciente:

Esta Solicitação de Espirometria tem como Objetivo:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Investigação diagnóstica (dispneia há 1 mês ou mais); | <input type="checkbox"/> Investigação diagnóstica (tosse há 2 meses ou mais) |
| <input type="checkbox"/> Suspeita de Asma | <input type="checkbox"/> Suspeita de DPOC |
| <input type="checkbox"/> Manejo e/ou estadiamento para Asma | <input type="checkbox"/> Manejo e/ou estadiamento para DPOC |
| | <input type="checkbox"/> Outro(s) / Qual(is): |
| | |

Observações:

Para solicitar a espirometria entre no site www.ufrgs.br/telessauders/nossos-servicos/nossos-servicos/telediagnostico-respiranet e coloque esses dados no formulário online. Nossa equipe realizará o agendamento com o paciente via telefone.

Obrigado por utilizar o RespiraNet!
Atenciosamente
Equipe RespiraNet / TelessaúdeRS