

QUESTIONÁRIO DO COTOVELO

DIREITO () ESQUERDO ()

Solicitamos preenchimento com atenção das questões abaixo:

Nome:

Data nasc:

Data:

Peso:

1- Qual o motivo da realização do exame? () Dor () Entorse () Luxação
() Trauma

1.1- Em caso de dor, onde se localiza?

() Lateral () Medial () Anterior () Posterior

1.2- Em caso de trauma, quanto tempo?

() Menos de um mês () De 01 a 03 meses () Acima de 03 meses

2- Qual a suspeita clínica do seu médico?

() Epicondilite () Fratura () Compressão de nervo () Tendão () Outros

3- Pratica algum esporte? () Sim () Não Qual?

4- Já realizou alguma cirurgia no cotovelo a ser examinado? () sim () não

4.1- Se sim, qual cirurgia? () Fratura () Ligamento () Tendão () Cartilagem
() Outros

4.2- Se sim, há quanto tempo? _____

5- Já foi realizado algum exame no cotovelo a ser estudado? () Sim () Não

5.1- () Raio X () Ultra-som () Tomografia computadorizada

() Ressonância magnética

6- Gostaria de fazer algum comentário adicional sobre o quadro clínico?

Autorizo a DMX , o envio eletrônico do resultado deste exame ao médico solicitante e contato com o mesmo, caso existam dúvidas quanto aos dados clínicos.

Itabira, ___ de _____ de _____

Assinatura do paciente ou responsável
