

Questionário para Pacientes: Esvaziamento Gástrico

• **Nome Completo:** _____

• **Data de Nascimento:** ____ / ____ / ____

• **Data do Exame:** ____ / ____ / ____

1. **Qual(is) o(s) principal(is) sintoma(s) que o(a) levou a realizar este exame?**

- () Azia
- () Dor no peito
- () Náusea
- () Vômito
- () Dor abdominal
- () Inchaço/Distensão
- () Constipação
- () Diarreia
- () Hipoglicemia inexplicada
- () Outro(s): _____

2. **Você tem diabetes?**

- () Não
- () Sim

■ **Se sim:**

■ **Tipo:** _____

■ **Há quanto tempo?** _____

■ **Medicação:**

- () Insulina
- () Comprimidos
- () Injeção subcutânea

■ **Mediu sua glicemia hoje de manhã?**

- () Não
- () Sim

■ **Se sim, qual foi o valor?** _____ mg/dL

3. **Você toma alguma medicação para dor?**

- () Não
- () Sim

■ **Se sim:**

■ **Qual(is) e com que frequência?** _____

■ **Quando tomou este tipo de medicamento pela última vez?**

4. **Você toma alguma medicação para o estômago?**

- () Não
- () Sim

■ **Se sim:**

■ **Qual(is)?** _____

■ **Quando tomou este tipo de medicamento pela última vez?**

5. **Liste quaisquer outros medicamentos que esteja tomando atualmente:**

6. **Você já fez cirurgia no trato gastrointestinal? Não Sim**

○ () Não () Sim

■ **Se sim:**

■ **Qual(is) e quando? -----**

