

## 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? \_\_\_\_\_

-----  
-----  
-----