

<b>Afip</b> <b>Medicina Diagnóstica</b>	<b>Questionário para coleta de COAGULAÇÃO ESPECIAL</b>
	EXAMES: Anticoagulante Lúpico, Antitrombina III, Proteína C, Proteína S, Fatores de coagulação, Agregação Plaquetária, Von Willebrand e Fator Xa. OBS: Questionário obrigatório para a liberação dos exames acima.

Nome:	Idade:
RH-HSP:	

1. Usa medicamentos? [ ] Sim [ ] Não  
Se sim, informar qual: [ ] Anticoncepcional [ ] Reposição Hormonal [ ] Ginkgo biloba  
[ ] Outros: \_\_\_\_\_
2. Usa anticoagulantes? [ ] Não [ ] Sim. Se sim, informar qual:  
[ ] Varfarina (Marevan®, Varfarin®, Coumadin®)  
[ ] Phenprocoumona (Marcoumar®) [ ] Heparina sódica (Heparin®, Liquemine®)  
[ ] Enoxaparina (Clexane®) [ ] Dalteparina (Fragmin®)  
[ ] Rivaroxabana [ ] Apixabana [ ] Dabigatran (Pradaxa®) [ ] Edoxabana  
Informar data e hora da última dose tomada da medicação: \_\_\_\_\_
3. Usou anti-agregantes plaquetários ou anti-inflamatórios nos últimos 15 dias?  
[ ] Não [ ] Sim. Se sim, informar qual(is):  
[ ] Anti-agregantes (Ácido acetil salicílico, clopidogrel, Ticagrelor ou Plasugrel).  
[ ] Anti gripais (Benegripe®, Multigripe®, Cinegripe®, Tylenol Sinus®, Resfenol®, etc)  
[ ] Anti-inflamatórios (Voltaren®, Cataflan®, Flanax®, Nimesulida®, Nisulid®, Biofenac®, Prexige®, Celebra®) [ ] Outros, qual?: \_\_\_\_\_
4. Já teve trombose venosa ou arterial? [ ] Não [ ] Sim  
Informar quando e quantas vezes: \_\_\_\_\_
5. Já teve acidente vascular cerebral (AVC, Derrame)? [ ] Não [ ] Sim  
Há quanto tempo? \_\_\_\_\_
6. Já teve aborto espontâneo ou perda fetal? [ ] Não [ ] Sim  
Há quanto tempo? \_\_\_\_\_
7. Ingeriu bebida alcoólica nos últimos dois (2) dias? [ ] Sim [ ] Não
8. Teve algum quadro gripal ou dor de cabeça nos últimos 07 dias? [ ] Sim [ ] Não  
Usou medicamento? Qual: \_\_\_\_\_
9. Já teve algum tipo de sangramento e/ou hemorragia nasal, gengival, pós procedimento dentário, cirurgia ou parto? [ ] Sim [ ] Não
10. Está gestante? [ ] Não [ ] Sim. Quantas semanas? \_\_\_\_\_
11. É hemofílico? [ ] Não [ ] Sim. Usa medicamentos? \_\_\_\_\_
12. Possui doença reumatológica, artrite reumatoide, lúpus eritematoso sistêmico, outros?  
[ ] Não [ ] Sim. Usa medicamentos? \_\_\_\_\_