



QUESTIONÁRIO CLÍNICO REDUZIDO

Dados Pessoais, Dados de Interesse e História Clínica

Preencha a caneta, com letra legível. Assinale as opções aplicáveis. Preencha os campos adicionais apenas quando se aplicarem à sua resposta. No final, leia o consentimento, assinale a sua aceitação, indique a data e assine. Se o paciente for menor, deverá assinar o representante legal.

Os campos assinalados com * são de preenchimento obrigatório.

DADOS PESSOAIS

Nome completo *

Morada

Código Postal

Cidade

País de residência

Nacionalidade

Data de Nascimento *

Idade

Sexo *

☐ Feminino ☐ Masculino
☐ Outro / Prefiro não indicar

Telefone

☐ +351 ☐ +34 ☐ +33 ☐ +44 ☐ +49 ☐ +41 ☐ +352 ☐ +32 ☐ +31 ☐ +39 ☐ +353 ☐ +1 ☐ +55
☐ +238 ☐ +244 ☐ +258 ☐ +245 ☐ +239 ☐ +212 ☐ +86 ☐ +91 ☐ +971

NIF

Nº SNS / Utente

Email

☐ Não possui NIF português / identificação fiscal estrangeira

☐ Não possui número de utente do SNS

Profissão

Médico dentista habitual (opcional)

Nome de familiar / amigo (opcional)

Telefone do familiar / amigo (opcional)

Email do familiar / amigo (opcional)

Preencher quando o paciente é menor de 18 anos.

Se menor — responsável legal *

Nome do(s) responsável(eis) *

Contacto do responsável *

☐ Mãe ☐ Pai ☐ Tutor
☐ Ambos (mãe e pai)

DADOS DE INTERESSE

Médico Dentista / Médico

☐ Dr. Miguel Fraga G. ☐ Dr. Pedro Costa Monteiro
☐ Dr. António Matos da Fonseca ☐ Dra. Catarina Bonito Vítor
☐ Dr. Hugo Sousa Dias ☐ Dr. José Pedro Martins ☐ Dra. Carmo Lencastre
☐ Outro

Preencher se escolher «Outro» no médico.

Nome do médico (opcional)

Qual o motivo da consulta?

Como nos conheceu?

☐ Recomendação de um paciente já tratado na clínica
☐ Recomendação de um médico dentista, médico ou outro profissional de saúde
☐ Recomendação de um amigo ou familiar
☐ Pesquisa no Google ☐ Redes sociais
☐ Website da clínica ☐ Outro

Preencher nas opções de recomendação por paciente, profissional de saúde ou amigo/familiar.

Quem nos recomendou? (opcional)

Preencher se escolher «Outro» em «Como nos conheceu?».

Qual? (opcional)

Tem alergia ou já teve alguma reacção alérgica a algum medicamento?

☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei / Tenho dúvidas

Preencher se responder «Sim» à alergia a medicamentos.

A que medicamento?

Que reacção teve?

Outras alergias (alimentos, látex, etc.)? Em caso afirmativo, quais?

É fumador/a?

☐ Não ☐ Sim ☐ Ex-fumador/a

Preencher para fumador ou ex-fumador.

Cigarros por dia

Preencher para fumador ou ex-fumador.

Desde quando / Há quanto tempo

Consome bebidas alcoólicas?

☐ Não ☐ Ocasionalmente ☐ Regularmente

Preencher para consumo ocasional ou regular.

Bebidas por semana

É nervoso/a?

☐ Não ☐ Sim

Toma actualmente algum medicamento?

☐ Não ☐ Sim

Preencher se responder «Sim» à toma de medicamentos.

Qual ou quais? (nome, dose e frequência)

Variou mais de 10 kg de peso no último ano?

☐ Não ☐ Sim

HISTÓRIA CLÍNICA

Assinale as condições que teve ou tem actualmente.

- ☐ Problemas cardíacos
- ☐ Cancro / Leucemia
- ☐ Problemas de rins
- ☐ Gastrite / Úlceras
- ☐ Sinusite
- ☐ Problemas de sangue
- ☐ Glaucoma
- ☐ Hepatite A, B, C ou outras
- ☐ Pacemaker
- ☐ Epilepsia
- ☐ Reumatismo

- ☐ Tensão alta
- ☐ Embolia
- ☐ Enfisema
- ☐ Asma
- ☐ Problemas de tiroide
- ☐ Quimioterapia
- ☐ HIV
- ☐ Tratamento psiquiátrico
- ☐ Tuberculose
- ☐ Consumo de drogas

Outras condições

CONSENTIMENTO E PROTEÇÃO DE DADOS

Todo o tratamento de dados pessoais e dados de saúde será realizado nos termos do Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados — RGPD — e demais legislação aplicável, respeitando os princípios da confidencialidade, minimização dos dados, limitação das finalidades, segurança, conservação pelo período legal ou clinicamente necessário, e salvaguarda dos demais direitos e deveres.

O preenchimento do presente formulário pressupõe a autorização para a aquisição de dados e registos, incluindo fotografias, vídeo, imagens, scans 3D intraorais e extraorais, e outros dados, para fins de comunicação interna, comunicação com laboratórios e com TPD — Técnicos de Prótese Dentária —, bem como em contexto científico, formativo, estatístico ou de desenvolvimento/validação de ferramentas digitais ou de inteligência artificial, desde que anonimizados ou pseudonimizados sempre que possível.

As imagens ou vídeos em que possa ser perceptível a identificação do paciente não serão utilizados, excepto mediante autorização expressa para esse efeito.

NOTA: A prescrição de exames radiológicos, tal como uma prescrição medicamentosa, deve ser adequada ao diagnóstico ou tratamento do paciente. Assim, qualquer exame radiológico deverá ser realizado de acordo com uma necessidade clínica concreta.

O preenchimento do presente questionário médico/formulário pressupõe também que autoriza a prescrição e aquisição de exames auxiliares de diagnóstico, nomeadamente radiografias, RX intraorais, ortopantomografias, tomografias, CBCT, entre outros, sempre que estes sejam necessários para o diagnóstico, início de tratamento, continuidade de tratamentos anteriormente iniciados ou durante um procedimento médico-dentário.

Estes dados poderão ser indispensáveis na primeira consulta, em qualquer consulta subsequente ou mesmo intraoperatoriamente.

Os exames auxiliares de diagnóstico com exposição radiológica apenas serão efectuados com a concordância/autorização para o acto médico em causa, e sempre com base numa necessidade clínica concreta.

Independentemente do idioma em que este formulário for preenchido, o mesmo será automaticamente traduzido para português e, se necessário, impresso, para melhor compreensão pelos nossos clínicos.

☐ Li e aceito (OK) — declaro que li, compreendi e aceito as condições acima, e que os dados fornecidos são verdadeiros.

Se o paciente for menor, o consentimento é dado pelo responsável legal:

Assinatura do paciente / representante legal

Data: ____ / ____ / ____