

Médico (UF) : _____

Identificação do Paciente:

Iniciais: _____ Data do atendimento: ____ / ____ / 2011

1) Sexo: () Masculino () Feminino 2) Idade: _____ anos

2) Cidade (UF): _____

História do Episódio Atual

3) Local da reação: () Moradia; () Escola () Trabalho () outro

4) Identificou Provável Desencadeante ? () Sim () Não

() Alimento; () Medicação; () Inseto; () outro: _____

Qual alimento / medicamento / inseto / etc?: _____

Manifestações Clínicas na Crise

5) **Pele:**

() prurido, () urticária, angioedema em () lábios; () língua; () pálpebra; () outro

6) **Aparelho Respiratório:**

() dispnéia, () sibilos, () aperto no peito, () sufocação, () rouquidão, () outro,

7) **Sistema Gastrointestinal:**

() náuseas, () vômitos, () cólicas, () diarreia, () outro

8) **Sistema Cardiovascular:**

() palpitação, () tontura, () síncope, () lipotímia

Tratamento da Crise

9) Recebeu tratamento quanto tempo após o início da crise?

() até 30 min () 30-60 min () mais de 60 min

10) No local da crise (); Em Hospital ou ambulatório médico ()

11) Notou melhora quanto tempo após o início do atendimento?

() 0-1 hora () 1-6 h () 6-24 h () mais de 24 h

12) Sabe quais medicamentos recebeu na emergência? () Sim () Não

Qual(is)? _____

13) Foi orientado para procurar atendimento especializado? () Sim () Não

14) Precisou retornar ao Serviço de Emergência? () Sim () Não

Retorno em: () 0-1 hora () 1-6h () 6-24h () mais de 24 h

17) Episódios Anteriores: Já teve crises semelhantes anteriores?

() Não () 1 - 3 crises () 4-10 crises () mais de 10 crises

18) Reações Alérgicas (urticária, angioedema, p.ex.) no passado? () Sim () Não

Qual(is) desencadeante(s)?: _____

19) Presença de Atopia: Paciente sofre de asma e/ou rinite? () sim () não

() asma () rinite () ambas () sofreu

Observações: V. dispõe do espaço abaixo e do verso da página para observações e para informar exames realizados pelo(a) paciente: . _____