

CORE BIOPSY

Dia: ____ / ____ / ____ às ____ h ____ min.

Nome do Paciente: _____

QUESTIONÁRIO DE CORE BIOPSY

Hipertenso: () Sim () Não

Diabético: () Sim () Não

Reumatismo: () Sim () Não

Válvula cardíaca artificial: () Sim () Não

Problemas de sangramento: () Sim () Não

Doença do fígado: () Sim () Não

Alergias: () Sim () Não

Quais

Medicamentos que o paciente toma:

Anticoagulantes: () Sim () Não

Quais

Aspirinas: () Sim () Não

Quais

Outros

No caso de tomar anticoagulantes ou aspirinas, a paciente deverá retornar ao seu médico para verificar possibilidade de suspender a medicação por 3 dias antes da biópsia, retornando seu uso em seguida. Após o exame a paciente deverá permanecer em repouso por um período de 6 horas. O paciente deverá estar acompanhado.

Assinatura do Paciente