

Controle ()

Aneurisma ()

Questionário Hábitos de Vida

DATA ____/____/____

Amostra: _____

Nome: _____ **Pront:** _____

Cor da pele: () B () não B () Amarelo

Antecedentes pessoais

Fuma _____ Já fumou _____

Bebe _____ Quantas vezes na semana _____ Ativ. Física: () sim () não

Já teve ou tem algum tipo de câncer () sim () não Qual _____

Hipertensão () sim () não Diabetes () sim () não

Dislipidemia () sim () não AVC () sim () não

Usa algum medicamento? _____

Contato com agrotóxico: () sim () não

Motivo da Ressonância Magnética:

Aneurisma Intracraniano:

Caso Isolado () História Familiar ()

Parentesco: _____

Familiares afetados:

Pai () Avô ()

Mãe () Avó ()

Irmão () Filho ()

Irmã () Filha ()

Tio ()

Tia ()