

(FATOR II, FATOR V, FATOR VII, FATOR VIII, FATOR IX, FATOR X, FATOR XI, FATOR XII, FATOR VON WILLEBRAND, PROTEINA C, PROTEINA S, ANTI TROMBINA III, FATCO, FATIX, ANTICOAGULANTE LÚPICO, AGREGAÇÃO PLAQUETÁRIA)

OBS: Questionário obrigatório para a liberação dos exames acima

**Colar
Etiqueta**

Nome: _____ Idade: _____

1) Usa medicamentos? () Sim () Não
() Anticoncepcional () Reposição Hormonal () Ginkgo biloba () Outros _____

2) Usa anticoagulantes? () Sim () Não
() **Varfarina** (Marevan® , Varfarin ® , Coumadin®)
() **Phenprocoumona** (Marcoumar®)
() **Heparina sódica** (Heparin®, Liquemine®)
() **Enoxiparina** (Clexane®)
() **Dalteparina** (Fragani®)
() **Rivaroxabana** (Xarelto ®)
() **Apixabana** (Eliquis®)
() **Dabigatrana** (Pradaxa®)
() **Outros:** Qual: _____

Informar data e hora da última ingestão ou aplicação da medicação: _____

3) Usou anti-agregantes plaquetários ou anti-inflamatórios nos últimos 15 dias? () Sim () Não
() **Anti-agregantes** (Ácido acetil salicílico (Aspirina®, Melhoral®, Corestina®, Doril) ou Clopidogrel (Plavix®)
() **Anti gripais** (Benegripe®, Multigripe®, Cinegripe®, Tylenol Sinus®, Resfenol®)
() **Anti-inflamatórios** (Voltaren®, Cataflan®, Flanax®, Nimesulida®, Nisulida®, Biofenac®, Prexige®, Celebra®)
() **Outros,** qual?: _____

4) Já teve trombose venosa ou arterial? () Sim () Não Há quanto tempo? _____

5) Já teve acidente vascular cerebral (AVC, Derrame)? () Sim () Não Há quanto tempo? _____

6) Já teve aborto espontâneo ou perda fetal? () Sim () Não 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? () Sim () Não Quantas semanas? _____

11) É hemofílico? () Sim () Não Usa medicamentos? _____

12) Possui Reumatismo, artrite reumatoide, Lúpus eritematoso sistêmico, outros? () Sim () Não

Usa medicamentos