



BRASIL
APOIO
MEDICINA DIAGNÓSTICA

QUESTIONÁRIO PARA INFORMAÇÕES CLÍNICAS (AAGABAA, AAGABAL, BORO)

Nome completo: _____

Sexo: () Masculino () Feminino

Data de nascimento: ____ / ____ / ____

Histórico clínico geral: _____

Motivo da realização do exame:

Suspeita clínica:

Faz uso de medicamento(s): ()SIM ()NÃO

Tem alguma doença pré existente: ()SIM ()NÃO

