



**QUESTIONARIO PARA COLETA DE  
COAGULACAO ESPECIAL ( FATII, FATV,  
FATVII, FATVIII, FATIX, FATCO, XICOG, FATXII,  
WILLE, PROTC, PROTS, ANTI, LUP )**

**(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