



## FORMULÁRIO ESPECÍFICO – GASTROENTERITE E COLITE ALÉRGICAS

|   |                                                                                                                                                                                                                 |
|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | NOME CIVIL DO(A) PACIENTE: _____<br>NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE: _____                                                                                                                                           |
| 2 | DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO – HISTÓRICO (Diagnóstico – quadro clínico – evolução)<br><br>_____<br><br>_____<br><br>_____<br><br>_____<br><br>_____<br><br>_____<br><br>_____<br><br>_____<br><br>_____            |
| 3 | TEMPO DE TRATAMENTO: <input type="checkbox"/> 8 SEMANAS <input type="checkbox"/> 12 SEMANAS <input type="checkbox"/> 16 SEMANAS                                                                                 |
| 4 | O PACIENTE UTILIZA OUTRAS MEDICAÇÕES IMUNOSSUPRESSORAS?   SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/><br>Se sim, descreva:<br><br>_____<br><br>_____<br><br>_____                                 |
| 5 | O PACIENTE RECEBEU PRESCRIÇÕES NUTRICIONAIS OU DIETÉTICAS?   SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/><br>Se sim, descreva:<br><br>_____<br><br>_____<br><br>_____                              |
| 6 | Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas.<br><br>Data de preenchimento: ____ / ____ / ____<br><br>Assinatura e carimbo: _____<br><div style="text-align: right;">Médico</div> |