

# Questionário de Diagnóstico\*1

Nome:		Idade:		
Sintomas	Frequência			
	Nunca	Às vezes	Frequente	
Dor ou desconforto na parte superior do abdômen ou no tórax?				
Essa dor é aliviada com uso de antiácidos?				
Azia?				
Sensação de estar cheio (saciado) após uma refeição habitual?				
Vômitos?				
Dor ou dificuldade para engolir, com a sensação de algo "entalado" na garganta?				
Sangramento intestinal ou fezes escuras?				
Mal-estar após comer algum alimento específico?	( ) Não	( ) Sim. Qual?	-----	
Perda de peso não intencional?	( ) Não	( ) Sim. Quantos kg?	-----	
Algum familiar teve câncer de estômago ou esôfago?	( ) Não	( ) Sim. Qual?	-----	
Hábitos	Frequência			
	Nunca	Eventual	Diariamente	
Café				
Chocolate				
Refrigerante				
Sucos cítricos				
Frituras				
Álcool				
Tabagismo				
Doenças/medicamentos				
Usa ácido acetilsalicílico, anti-inflamatório ou anticoagulante?	( ) Não	( ) Sim. Qual?	-----	
Outros medicamentos de uso diário?	( ) Não	( ) Sim. Qual?	-----	
Anemia, deficiência de vitamina ou parasitose?	( ) Não	( ) Sim. Qual?	-----	
Outras doenças:	( ) Não	( ) Sim. Qual?	-----	

\*1: Modificado da Referência 1.