



www.unimedcascavel.coop.br

FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS DÍMERO-D-INTERCÂMBIO

Nome do paciente: _____

Data: ____/____/____

Paciente apresenta sinais e sintomas de trombose venosa profunda dos MMII?

SIM NÃO

Em caso afirmativo da pergunta acima, gentileza informar sinais e sintomas:

Paciente apresenta sinais e sintomas de embolia pulmonar?

SIM NÃO

Paciente com caso suspeito ou confirmado para COVID-19?

SIM SUSPEITO

SIM CONFIRMADO

NÃO

Assinatura e Carimbo do médico assistente com CRM

