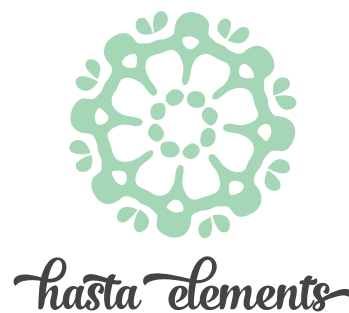


Ficha de Paciente

De forma a poder definir o tratamento mais eficaz para si, é necessário colocar-lhe as questões que se seguem. Obrigada por responder.



Dados Pessoais

Nome:

Telefone:

Morada:

Data de nascimento:

Email:

Profissão:

Informações Clínicas

Qual o motivo para o tratamento de hoje?

Quando e com que frequência surgiram os seus sintomas?

O que o faz piorar ou melhorar (ex: calor, estação do ano, movimentos, stress, etc.).
Existe alguma causa que lhe pareça possível?

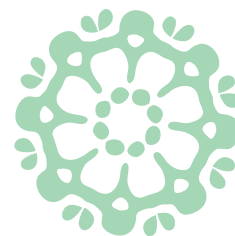
Já recebeu algum diagnóstico médico para este problema? Se sim, por favor, indique.

Quais são os resultados que espera?

Sente que tem restrições de mobilidade?

As suas actividades diárias são limitadas? Pratica exercício físico?

Historial Médico



hasta elements

Cirurgias ou internamentos anteriores: quando, detalhes, complicações eventuais?

Acidentes, lesões e traumatismos anteriores: quando, detalhes, complicações eventuais?

Que tratamentos fez?

Como classifica a sua recuperação, numa escala de 0 a 10, sendo 10 a recuperação total?

Encontra-se a tomar alguma medicação neste momento? Se sim, qual?

Encontra-se a ser seguido por algum médico ou profissional de saúde neste momento?
Se sim, por favor, especifique?

Está grávida? Se sim, de quantas semanas?

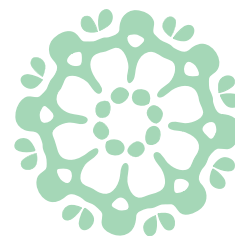
Pressão arterial: Baixa Normal Alta

Patologias

Sofre de algum tipo de alergia?

Sofre de algum tipo de doença contagiosa, de pele ou outra?

Por favor, assinale as situações que se aplicam ao seu caso:



hastaelements

Sistema Músculo-Esquelético

Fibromialgia
Artrite reumatoide
Osteoartrite
Tendinites, entorses ou ruturas musculares
Osteoporose

Sistema Tegumentário (pele)

Infeções fúngicas
Herpes
Dermatite
Psoríase

Sistema Nervoso

Depressão
Esclerose múltipla
Epilepsia / convulsões

Sistema Circulatório

Tromboflebite
Trombose ou coágulos
Pressão arterial alta
Hemorragias e problemas de coagulação
Varizes

Sistema Linfático e Imunitário

Leucemia / Linfoma
HIV / SIDA

Sistema Urinário

Insuficiência renal

Sistema Endócrino

Diabetes
Hepatite
Hipo/hipertiroidismo

Doença oncológica ou outra:

Declaração

- Declaro que as informações fornecidas são verdadeiras, tanto quanto é do meu conhecimento.
- Comprometo-me a manter a osteopata atualizada e informada sobre eventuais alterações ao meu estado clínico, sabendo que a osteopata pode requisitar uma declaração médica (no caso de existirem possíveis contraindicações ou fatores de risco).
- A osteopata compromete-se a manter confidenciais todas as informações constantes deste formulário.
- A osteopata não fará diagnóstico nem receitará nenhuma medicação, pelo que não se responsabiliza pelo tratamento de nenhuma doença ou a sua evolução.
- Consinto que a osteopata utilize as técnicas necessárias e apropriadas ao tratamento.
- Fui informado acerca de eventuais contraindicações e autorizo o início dos tratamentos.

Data:

Assinatura: