

DATA DA AVALIAÇÃO: / /

AVALIADOR:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome (social): _____.	Sexo: [] F. [] M. ID: ____ anos. DN: ____/____/____
Endereço: _____.	Cor: [] Branca. [] Preta. [] Parda. [] Amarela. [] Indígena.
Estado civil: [] Solteiro. [] Amasiado. [] Casado. [] Separado/Divorciado. [] Viúvo.	Telefone: _____.
Escolaridade: [] Sem Instrução. [] 1º grau incompleto [] 1º completo. [] 2º grau incompleto. [] 2º completo. [] 3º grau incompleto. [] 3º completo.	
Ocupação: _____.	
Quantas pessoas moram na sua casa: [] Somente você. [] Você e mais 1. [] Você e mais 2. [] Você e mais 3. [] Cinco ou mais pessoas.	
Renda familiar mensal (SM = R\$1.212): [] Menos que 1 SM. [] De 1 a 2 SM. [] De 2 a 4 SM. [] De 4 a 10 SM. [] De 10 a 20 SM. [] Acima de 20 SM.	

ORIGEM DA CONSULTA

Demanda: [] Espontânea. [] Encaminhamento.	É sua primeira consulta aqui: [] Não. [] Sim.	Possui plano de saúde: [] Não. [] Sim: _____.
--	---	---

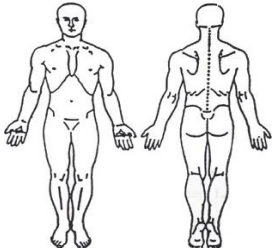
FATORES DE ALERTA PARA SAÚDE

Possui alguma das seguintes condições:	[] Gestante _____ semanas.	[] Histórico de câncer _____.	[] Febre sem motivo _____.
[] Perda de peso sem motivo _____.	[] Cirurgia recente _____.	[] Trauma recente _____.	[] Queda recente _____.
[] Problemas neurológicos _____.	[] Problemas de coagulação.	[] Marcapasso _____.	[] Nega.

HISTÓRIA CLÍNICA

Qual o problema que te traz aqui?
O que mais te incomoda neste problema?
Quando o problema começou?
Como começou?
Como ele evoluiu até hoje?
Está com dificuldade para realizar alguma atividade / tarefa?
Precisou restringir a participação no trabalho, lazer, etc.?
Quais os tratamentos realizados e resultados alcançados?
O que você espera melhorar com o nosso tratamento?
Alteração psíquica constante: [] Insônia. [] Irritação. [] Ansiedade. [] Ruminação. [] Tristeza. [] Medo. [] Outras: _____.
Possui outros problemas de saúde?
Utiliza algum medicamento (nome, dose e posologia)? _____
Realiza atividade física regular (tipo, frequência semanal, duração e tempo)? _____

EXAME CLÍNICO

Peso (Kg): _____. Altura (m): _____. Circ.Abd (cm): _____. PA (mmHg): ____ / _____. FC (bpm): _____. FR (irpm): _____. SatO2 (%): _____.																
Pinte a região acometida: 	Qual o local que mais dói? Qual a intensidade média da dor neste local nos últimos dois dias? <table border="1"> <tr> <td>SEM DOR</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>7</td> <td>8</td> <td>9</td> <td>10</td> <td>PIOR DOR IMAGINÁVEL</td> </tr> </table>		SEM DOR	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	PIOR DOR IMAGINÁVEL	Capacidade física e percepção de saúde:
	SEM DOR	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	PIOR DOR IMAGINÁVEL			
	Detalhe a sintomatologia:															
Alterações na inspeção e palpação?	Deficiência da função articular?	Deficiência da função muscular?	Outras deficiências?													

--

Desfechos	Metas
1°	
2°	
3°	
4°	
5°	

[illegible]

Nome (social):_____. Sexo: []F. []M. DN:____/____/____

[illegible]

[illegible]