

Data da avaliação: ___/___/____. Avaliador: _____.

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome (social): _____	Sexo: []F. []M. ID: ____ anos. DN: ___/___/____
Endereço: _____	Telefone: _____
Estado civil: []Solteiro. []Amasiado. []Casado. []Separado/Divorciado. []Viúvo.	Cor: []Branca. []Preta. []Parda. []Amarela. []Indígena.
Escolaridade: []Sem Instrução. []1º grau incompleto []1º completo. []2º grau incompleto. []2º completo. []3º grau incompleto. []3º completo.	
Ocupação: _____	[]Estudante. []Do lar. []Desempregado. []Autônomo. []Trabalho remunerado. []Afastado INSS. []Aposentado.
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\$1.320,00): []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 DEMANDA

[]Espontânea. []Encaminhamento. Motivo (HD): _____	Possui plano de saúde: []Não. []Sim.
--	--

POSSUI ALGUMA DESTAS CONDIÇÕES DE SAÚDE:

Gestante: []Não. []Sim.	Febre sem motivo: []Não. []Sim.	Desmaio ou epilepsia: []Não. []Sim.	Queda recente: []Não. []Sim.
Marcapasso: []Não. []Sim.	Perda de peso: []Não. []Sim.	Distúrbio coagulação: []Não. []Sim.	Trauma recente: []Não. []Sim.
Infecção: []Não. []Sim.	Histórico de CA: []Não. []Sim.	Doença autoimune: []Não. []Sim.	Cirurgia recente: []Não. []Sim.

Detalhe a condição presente:

HISTÓRIA CLÍNICA

- Qual o problema que te traz aqui (condição de saúde)?
- Quando começou (DT)?
- Como começou (MT)?
- O que você está sentindo (deficiências)?
- O que está te incomodando mais (QP)?
- Comparado com quando este problema começou, ele melhorou ou piorou (evolução)?
- Quais atividades você está com dificuldade para realizar (limitações)?
- Precisou diminuir a participação no trabalho, lazer, etc.(restrições)?
- Quais tratamentos realiza(ou) e como foram os resultados (co-intervenções)?
- O que você espera do nosso tratamento (expectativa)?

Sente com frequência: []Insônia. []Estresse. []Ansiedade. []Depressão. []Baixa autoeficácia. []Cinesiofobia. []Catastrofização. []Nega.

Obs.:

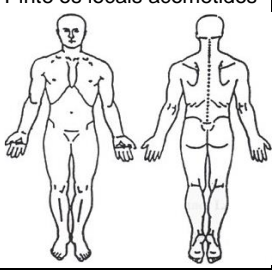
Possui comorbidades diagnosticadas: []Nega. []DM2. []HAS. []Outras: _____

Medicamentos em uso (tipo, dose e posologia)	Específico p/ o problema:
	P/ outras comorbidades:

Realiza exercício físico regular (tipo, duração, frequência semanal e tempo)?

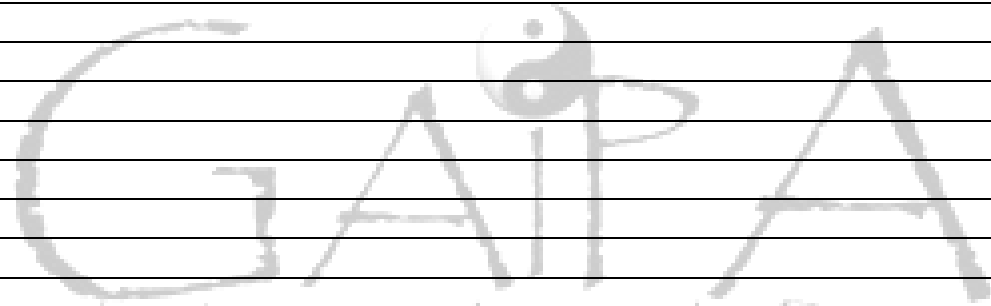
EXAME CLÍNICO

Peso (Kg): . Altura (m): . PA (mmHg): / . FC (bpm): . Outros: .

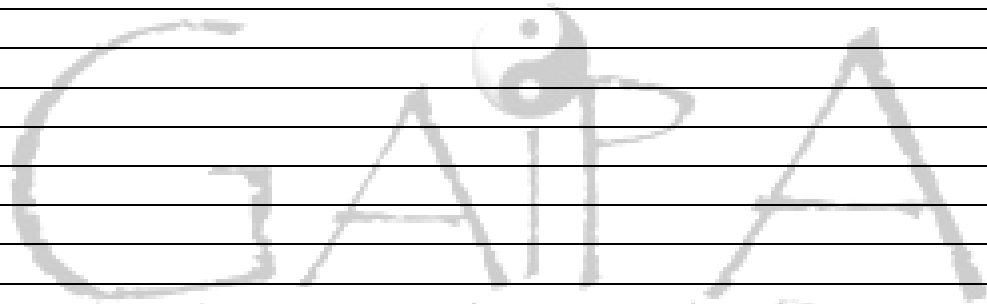
<p>Pinte os locais acometidos</p> 	<p>Qual o local que mais dói (QP):</p> <p>Qual a intensidade média da dor neste local nos últimos sete dias?</p> <p>SEM DOR 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 PIOR DOR IMAGINÁVEL</p>	<p>Detalhe a sintomatologia relacionada a QP:</p>
	<p>Inspeção e palpação (estruturas):</p>	
	<p>Função articular:</p>	
<p>Função muscular:</p>	<p>Outras funções:</p>	<p>Capacidade física / percepção de saúde:</p>

Paciente triado para seguimento com: []Grupo de Práticas Corporais. []Auriculoterapia. []Acupuntura. []Outro: _____

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



Grupo de Atenção Integral e Pesquisa em
Acupuntura e Medicina Tradicional Chinesa



Grupo de Atenção Integral e Pesquisa em
Acupuntura e Medicina Tradicional Chinesa