

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

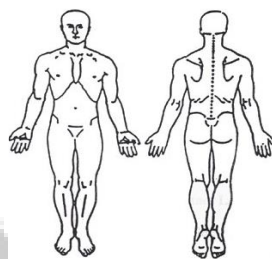
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome (social): _____, Sexo: [] F. [] M. ID: ____ anos. Prontuário: _____.

HISTÓRIA CLÍNICA

Motivo da consulta (condição de saúde):	CID:
HMA / HPP:	
Queixa principal (QP):	
Duração: [] Agudo (≤ 12 semanas). [] Crônico (> 12 semanas)	
Realiza outros tratamentos para este problema: [] Não. [] Sim. Descreva:	
Queixas emocionais (sentimentos): [] Não. [] Irritabilidade. [] Ansiedade. [] Agitação. [] Preocupação. [] Tristeza. [] Medo. [] Insônia.	
Possui alguma doença diagnosticada (comorbidades)? [] Não. [] HAS. [] DM2. [] Outras:	
Medicamentos utilizados (tipo, dose e posologia)	Relacionado a QP: [] Não. [] Sim. Descreva:
	P/ outras comorbidades: [] Não. [] Sim. Descreva:
Realiza exercício físico 150 min/sem.: [] Não. [] Sim. Descreva: (tipo, duração, frequência semanal e tempo)?	

AValiação SEGUNDO A MEDICINA TRADICIONAL CHINESA (MTC)

Sintomas (sintomatologia):	Pinte os locais acometidos
Sinais (inspeção do corpo, da face e da língua):	
Palpação (pulso, meridianos e pontos):	

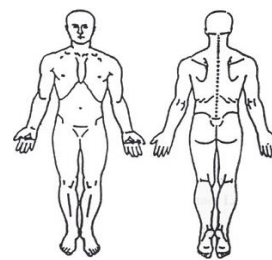
EXAMES COMPLEMENTARES

--

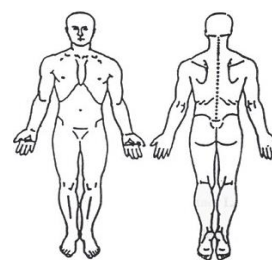
DIAGNÓSTICO DA MTC (CID-11)

--

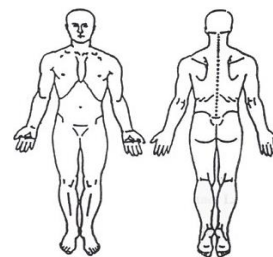
EVOLUÇÃO DO ATENDIMENTO 1

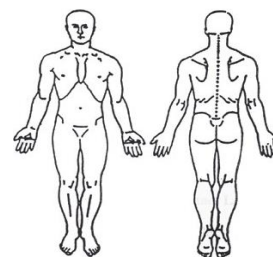
EVOLUÇÃO DO ATENDIMENTO 2

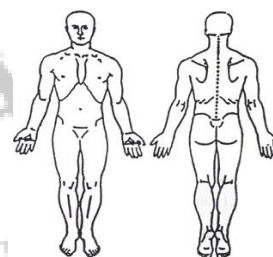
EVOLUÇÃO DO ATENDIMENTO 3



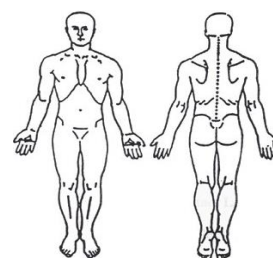
EVOLUÇÃO DO ATENDIMENTO 4



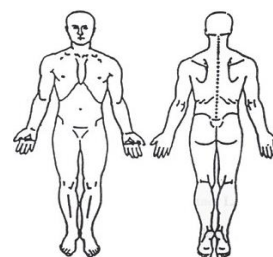
EVOLUÇÃO DO ATENDIMENTO 5



EVOLUÇÃO DO ATENDIMENTO 6



EVOLUÇÃO DO ATENDIMENTO 7



INTENSIDADE DA DOR – ESCALA NUMÉRICA DE DOR (END)

Data da avaliação: ____/____/____

Qual o local que mais dói (QP): _____. Tempo:_____.

Qual a intensidade da dor **neste local agora**? Repouso:____ (pontos). Movimento:____ (pontos).

SEM DOR	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	PIOR DOR IMAGINÁVEL
----------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------	----------------------------

Data da avaliação: ____/____/____

Qual o local que mais dói (QP): _____. Tempo:_____.

Qual a intensidade da dor **neste local agora**? Repouso:____ (pontos). Movimento:____ (pontos).

SEM DOR	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	PIOR DOR IMAGINÁVEL
----------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------	----------------------------

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