

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE Data da avaliação: / / Avaliador: .

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

Endereço: . Telefone: .

Estado civil: []Solteiro. []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. []Assalariado. []Aposentado. []Afastado. []INSS.

Quantas pessoas moram na sua casa: []Somente você. []Você e mais 1. []Você e mais 2. []Você e mais 3. []Você e mais 4 ou mais pessoas.

Renda familiar mensal (SM = salário mínimo): []Até 2 SM. []De 2 a 4 SM. []De 4 a 10 SM. []De 10 a 20 SM. []Superior a 20 SM.

TIPO DE DEMANDA

Origem da demanda: []Espontânea. []Encaminhamento. Serviço: Possui plano de saúde: []Não. []Sim.

Motivo da consulta (condição de saúde): Duração do problema: (semanas).

SINTOMATOLOGIA DE ALERTA

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

1.Qual o problema que te traz aqui (condição de saúde)?

2.Quando começou (DT)?

3.Como começou (MT)?

4.O que você está sentindo (deficiências)?

5.Este problema melhorou ou piorou ao longo do tempo (evolução)?

6.Quais atividades do dia a dia você está com dificuldade para realizar (limitações)?

Queixa principal (QP): Tempo: []Agudo (≤ 12 semanas). []Crônico (> 12 semanas)

Realiza outros tratamentos para este problema: []Não. []Sim. Descreva:

Possui outra 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, frequência e tempo)?

AVALIAÇÃO DA DOR (NMQ, Body pain diagram, NPRS)

Avaliador: .

*Por favor, responda a todas as perguntas mesmo que você nunca tenha tido problemas em qualquer parte do seu corpo. Responda às questões colocando um "X" no quadro apropriado (um "X" para cada pergunta). Esta figura mostra como o corpo foi dividido. Você deve decidir, por si mesmo, qual parte está ou foi afetada, se houver alguma.

Nos últimos 7 dias, você teve algum problema em?

	PESCOÇO	[] Não. [] Sim.
	OMBROS	[] Não. [] Sim.
	PARTE SUPERIOR DAS COSTAS	[] Não. [] Sim.
	COTOVELO	[] Não. [] Sim.
	PUNHOS / MÃOS	[] Não. [] Sim.
	PARTE INFERIOR DAS COSTAS	[] Não. [] Sim.
	QUADRIL / COXAS	[] Não. [] Sim.
	JOELHOS	[] Não. [] Sim.
	TORNOZELOS / PÉS	[] Não. [] Sim.

*Marque o(s) local(is) que você está sentindo dor ou desconforto agora:

[] Sem queixa.

Classificação da dor: []Localizada. []Regional. []Multirreg. []General.

Qual o local que mais dói (QP): . []Sem queixa.

*Qual a intensidade da dor neste local agora?

• Em repouso: ____ (NRPS 0-10); Em movimento: ____ (NRPS 0-10).

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

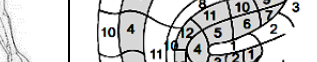
AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE – []Coluna cervical. []MMSS. []Coluna lombar. []MMII. []Dor generalizada. []Promoção da saúde.

ANTROPOMETRIA / SV	MOBILIDADE ARTICULAR	FORÇA MUSCULAR	CAPACIDADE FÍSICA (CF) / QUALIDADE DE VIDA (QV)	
Peso (Kg): ____	Articulação: ____	Músculos: ____	SMBT (cm): d ____ - c ____ =	*NDI (0-50):
Altura (m): ____	ROM FL ativa (°): ____	MST FL (mmHg): ____	TUG (s):	*QuickDASH (0-100):
PA (mmHg): ____/____	ROM EX ativa (°): ____	MST EX (mmHg): ____	*WHOQOL brief (0-100):	*RMDQ (0-24):
FC (bpm): ____	FFD (cm): ____	5xSST (s): ____	*FIQR (0-100):	*LEFS (0-80):

Cervical: ROM, MST, SBMT, NDI; **MMSS:** ROM, MST, SBMT, QuickDASH; **Lombar:** FFD, 5xSST, TUG, RMDQ; **MMII:** ROM, 5xSST, TUG, LEFS; **Dor gen:** FFD, SBMT, TUG, FIQR.

AVALIAÇÃO SEGUNDO A MEDICINA TRADICIONAL CHINESA (MTC)

Avaliador:

Sintomas (Yin-Yáng, Zàng-Fù, Cinco elementos):		
Sinais (inspeção do corpo, da língua e microsistemas):		
Palpação (local, acupontos, meridianos e pulso):		
ID(), C(), VB(), F(), B(), R(), IG(), P(), E(), BP(), TR(), CS()	BP Tai Yin P Shao Yin R Jue Yin C Yin Qiao F Yang Qiao CS	HX AH SF TF TG AT CO LO

EXAMES COMPLEMENTARES

DIAGNÓSTICO DA MTC (CID-11)

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

EVOLUÇÃO (STRICTA)

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

Reportar a data e quantidade de atendimento, SOAP (subjetivo, objetivo, avaliação, plano) detalhando o procedimento, tipo de estímulo, acupontos, dose e duração.

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

GAIPA

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

GAI PA

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