

ANAMNESE PACIENTE

Nome completo:

CPF:

Telefone:

Moradia:

Idade:

Sexo:

Profissão:

É casado/a?

Filhos: - idade deles para mulheres: tipo de parto

Pratica esporte:

Peso: (mencionar se teve alterações significativas de peso no último ano)

Altura:

Queixa principal:

Onde está localizada exatamente?

Quando iniciou:

Apareceu de repente ou surgiu aos poucos?

Teve algum traumatismo ou esforço antes?

Como evoluiu no tempo?

Que tipo de dor é (pontada, fígada, a faixa, difusa) e como se manifesta (continua, intermitente, pulsante, aleatória):

Irradia aos membros?

Quais os movimentos, posições ou atividade que pioram a dor?

Quais a melhoram?

Incomoda a noite?

Está associada a outras dores?

O que fez para tratar?

Qual é a intensidade da dor de 1 a 10?

Tem dor de cabeça?

Tem zumbido?

Tem problemas de audição?

Tem vertigens?

Tem alterações na visão?

Tem rinite, alergia, sinusite?

Usou aparelho, fez cirurgias dentárias, extraiu dentes, tem implante (especificar)?

Tem asma?

Tem bronquite?

Tem problema de tireoide, colesterol, glicose, pressão arterial?

Tem problemas digestivos (azia, refluxo, queimação, dores abdominais, inchaço, gases)?

Com que frequência vai ao banheiro e como são as fezes?

Tem infecções urinárias?

Tem pedras nos rins?

Para mulheres: tem ciclo menstrual ou está em menopausa?

Se tem, ou quando o tinha, como era o ciclo, tinha cólicas, tipo de fluxo (normal abundante)?

Aparecem ou apareciam dores associadas ao ciclo (ex. dor de cabeça, lombalgia, outros)?

Em que dia está do ciclo?

Tem endometriose?

Tem quistos nos ovários, se sim que lado?

Tem miomas, se sim de que lado?

Teve cirurgias, se sim quais? Quando?

Teve algum traumatismo, acidente, quedas, batidas **na cabeça ou no bumbum** mesmo quando criança (mencionar a idade em que ocorreu e descrever o traumatismo)?

Outros traumatismos fora a cabeça e o bumbum: quais e quando ocorreram (descrever brevemente)?

Como é a alimentação? Come quantas vezes ao dia?

Bebe bastante água?

Tem preferência para algum tipo de alimento?

Come doces?

Toma leite ou come produtos lácteos?

Come glúten?

Como é o sono? Dorme bem? Quantas horas?

Acorda descansado?

Atividades sociais (amigos, clube, atividades beneficentes, igreja)

Toma remédios de uso contínuo, quais e qual a dosagem?

Doenças familiares (pais, avós, irmãos)...

Notas importantes que queira mencionar ou adicionar.....