

FICHA DE ANAMNESE

IDENTIFICAÇÃO (preencher em letra de FORMA):

NOME: _____ DATA DE NASCIMENTO ____/____/____
 SEXO: [] M [] F TEL (____) _____ CEL (____) _____ EMAIL: _____
 ENDEREÇO: _____ CEP: _____
 RG: _____ CPF: _____ Nome do Responsável: _____

IMPORTANTE: Preencha de forma simples e como melhor entender. **PARA LIBERAR O RESULTADO É OBRIGATÓRIO PREENCHER TODOS OS CAMPOS!**
 Não tem problema em rasurar e seja o mais Assertivo possível. Caso precise peça ajuda familiar! **MENOR: USAR CPF DO RESPONSÁVEL!**

HISTÓRICO DO PACIENTE

1. Come doce? [] SIM [] NÃO. Qual frequência diária: () 1x () 2x () 3x () 4x ou mais. Obs: _____
2. Come derivados do leite? [] SIM [] NÃO. Qual frequência diária: () 1x () 2x () 3x () 4x ou mais. Obs: _____
3. Come frituras? [] SIM [] NÃO. Qual frequência diária: () 1x () 2x () 3x () 4x ou mais. Obs: _____
4. Come frutas? [] SIM [] NÃO. Qual frequência diária: () 1x () 2x () 3x () 4x ou mais. Obs: _____
5. Come legumes e hortaliças? [] SIM [] NÃO. Qual frequência diária: () 1x () 2x () 3x () 4x ou mais. Obs: _____
6. Come carnes? [] SIM [] NÃO. Qual frequência diária: () 1x () 2x () 3x () 4x ou mais. Obs: _____
7. Ingerir bastante líquido? [] SIM [] NÃO. Qual quantidade diária: () 250ml () 500ml () 1litro () 1,5 litros () 2 litros ou mais.
8. Come quantas vezes ao dia? () 1x () 2x () 3x () 4x. O que come entre as refeições? _____
9. Dorme bem? [] SIM [] NÃO. Qual frequência diária: () 0 a 2 horas () 2 a 4 horas () 4 a 6 horas () 6 a 8 horas () 8 a 10 horas ou mais.
 Apresenta algo durante o sono que gostaria de compartilhar: _____
10. Acorda durante a noite? [] SIM [] NÃO. Qual frequência semanal: _____
 Obs: Come algo quando acorda? [] SIM [] NÃO. Quais alimentos? _____
11. É Fumante? [] SIM [] NÃO. Qual frequência diária: () 1x () 2x () 4x () 6x ou mais _____
12. Pratica exercícios físicos? [] SIM [] NÃO. Qual frequência semanal: () 1x () 2x () 3x () 4x ou mais. Obs: _____
13. É hipertenso? [] SIM [] NÃO. Qual a média da sua pressão: _____x_____.
14. Sente dores no peito? [] SIM [] NÃO. Qual a intensidade das dores? [] Baixa [] Moderada [] Alta
15. Tem colesterol elevado? [] SIM [] NÃO. Tem Triglicérides Elevado? [] SIM [] NÃO.
16. Alguém da família tem colesterol alto, hipertensão ou doença do coração? [] SIM [] NÃO. Grau de parentesco: _____
17. Sente dores nas pernas, dormências ou câimbras? [] SIM [] NÃO. Qual frequência? _____
18. Sente fraqueza, falta de ar ou fadiga? [] SIM [] NÃO. Qual frequência? _____
19. Apresenta-se acima do peso? [] SIM [] NÃO. QUAL SEU PESO ATUAL? _____ QUAL SUA ALTURA ATUAL? _____
20. Sente dores nas pernas ao caminhar? [] SIM [] NÃO.
21. Apresenta mãos e pés frios? [] SIM [] NÃO.
22. Sente dores ou apresenta alguma vermelhidão nas articulações? [] SIM [] NÃO. Tem inchaço nas articulações [] SIM [] NÃO.
23. Sente que reduziu a capacidade de mover mãos, braços e pernas? [] SIM [] NÃO.
24. Apresenta alguma alergia no corpo? [] SIM [] NÃO.
25. Apresenta alguma alergia Alimentar? [] SIM [] NÃO. Quais? _____
26. Faz uso de medicamento com receita controlada? [] SIM [] NÃO. Quais? _____
27. Você faz uso de outras substâncias químicas? [] SIM [] NÃO. Quais: _____
28. Assinale com um X apenas se apresenta algumas das seguintes doenças:
 [] Diabetes [] Câncer [] AIDS [] Artrite/Artrose/Osteoporose [] Fibromialgia [] DPOC [] Doença Cardíaca [] TDAH [] Parkinson
 [] Alzheimer [] Esquizofrenia [] Depressão [] Ansiedade/Estresse [] Aterosclerose [] Esclerose [] Epilepsia [] Problema na Próstata
29. Assinale com um X, caso saiba ou apresente alguma situação abaixo:
 [] Lúpus eritematoso [] Dificuldade de engolir [] Gastrite [] Colite [] Candidíase [] Dor de Cabeça [] Bruxismo [] Asma
 [] Taquicardia [] Eczema [] Cálculo Renal [] Insônia [] TPM [] Dor Crônica [] Azia [] Deficiência na cicatrização [] Cólica Intestinal [] Dor de Estômago [] Infecção Urinária recorrente [] Bronquite [] Rinite [] Disbiose [] Problemas hormonais [] Dores Renais
30. Assinale com um X, caso saiba ou tenha alguma alteração abaixo:
 [] Pânico [] Distúrbio Neurológico [] Irritabilidade [] Nervosismo [] Falta de Memória [] Problemas de Foco e Atenção
 [] Alterações do Humor [] Dificuldade no Aprendizado [] Baixo rendimento Escolar ou no trabalho [] Tristeza [] Esgotamento/Cansaço

Confirmo a veracidade de todas as informações acima para que meu atendimento e cuidados com a saúde seja o melhor realizado pela Equipe de profissionais da Sociedade Brasileira de Neurometria e UP CEREBRAL.

_____/_____/____/

Assinatura ou digital do Paciente ou Responsável

