

Ficha Clínica Pediátrica

Preencha este formulário para nos ajudar a compreender melhor a saúde e desenvolvimento da criança.

1. Dados da Criança

Nome da Criança	
Nome da Criança	Data de Nascimento
Nome da Mãe	Telemóvel da Mãe
Nome do Pai	Telemóvel do Pai
Telefone Casa	Email
Morada	Código Postal
Pessoa que indicou a clínica	Contacto preferencial

2. Gravidez e Nascimento

Peso à nascença _____	Peso atual _____
Altura à nascença _____	Altura atual _____
Duração da gestação _____	Tipo de parto _____
Problemas durante a gravidez _____	Problemas no parto _____

APGAR à nascença _____	APGAR após 5 minutos _____
---------------------------	-------------------------------

3. Desenvolvimento da Criança

Responder ao som _____	Seguir objetos com os olhos _____
Segurar a cabeça _____	Sentar sozinho(a) _____
Gatinhar _____	Ficar de pé _____
Andar sozinho(a) _____	

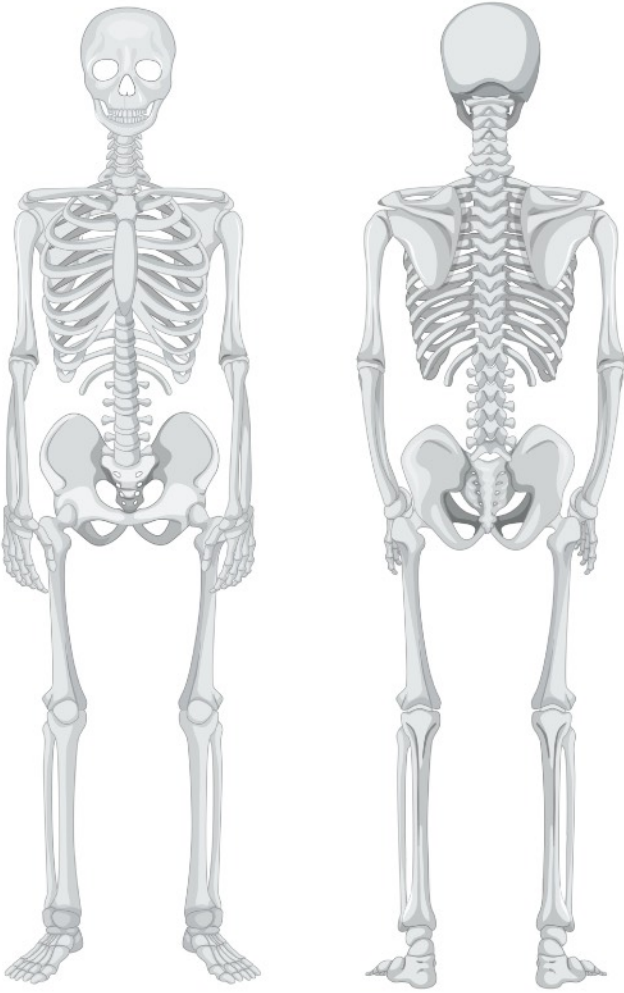
4. Motivo da Consulta

<input type="checkbox"/> Dor de cabeça	<input type="checkbox"/> Problemas ortopédicos
<input type="checkbox"/> Problemas digestivos	<input type="checkbox"/> Comportamento anormal
<input type="checkbox"/> Tonturas	<input type="checkbox"/> Problemas no pescoço
<input type="checkbox"/> Dores de crescimento	<input type="checkbox"/> DDAH
<input type="checkbox"/> Problemas nas pernas	<input type="checkbox"/> Refluxo
<input type="checkbox"/> Escoliose	<input type="checkbox"/> Asma
<input type="checkbox"/> Má postura	<input type="checkbox"/> Problemas para andar
<input type="checkbox"/> Cólicas	<input type="checkbox"/> Outro

Razão principal para esta consulta:

5. Mapa Corporal

Assinale as zonas onde a criança sente dor ou desconforto.

<p>Assinale na figura as principais áreas de problemas usando a seguinte legenda:</p> <p>(A) Aguda</p> <p>(D) Dormência</p> <p>(F) Formigueiro</p> <p>(M) Que mói</p> <p>(P) Profunda</p> <p>(T) Tensão</p>	
---	---

6. Quedas e Traumatismos

<input type="checkbox"/> Cair da cama ou sofá	<input type="checkbox"/> Cair do berço
<input type="checkbox"/> Cair da bicicleta	<input type="checkbox"/> Outro
<input type="checkbox"/> Cair do escorrega	
<input type="checkbox"/> Cair da escada	
<input type="checkbox"/> Cair do baloiço	
<input type="checkbox"/> Cair dos patins / skateboard	

7. Hábitos e Estilo de Vida

- Alimentação saudável
- Dorme bem
- Pratica exercício
- Utiliza muito tempo ecrãs/tablet
- Muito tempo sentado
- Stress / ansiedade

Desporto praticado:

Consentimento RGPD

Autorizo a Clínica dos Ossos a utilizar os dados pessoais da criança para fins de avaliação, tratamento e acompanhamento clínico, de acordo com o RGPD.

- Li e aceito os termos acima.

Assinatura do responsável: _____