

Ficha Clínica Inicial

Preencha este formulário para nos ajudar a compreender melhor a sua saúde e necessidades.

Nome Completo	
Data de Nascimento	NIF
Telefone	Email
Morada	
Profissão	Empresa
Pessoa que indicou a clínica	Contacto preferencial

1. Dados Pessoais

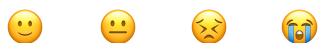
2. Motivo da Consulta

<input type="checkbox"/> Dor cervical	<input type="checkbox"/> Dor lombar
<input type="checkbox"/> Hérnia discal	<input type="checkbox"/> Ciática
<input type="checkbox"/> Enxaquecas	<input type="checkbox"/> Escoliose
<input type="checkbox"/> Pós-operatório	<input type="checkbox"/> Dor muscular
<input type="checkbox"/> Lesão desportiva	<input type="checkbox"/> Pedicura clínica
<input type="checkbox"/> Osteopatia pediátrica	<input type="checkbox"/> Outro

3. Intensidade da Dor

Como classifica a sua dor atualmente?

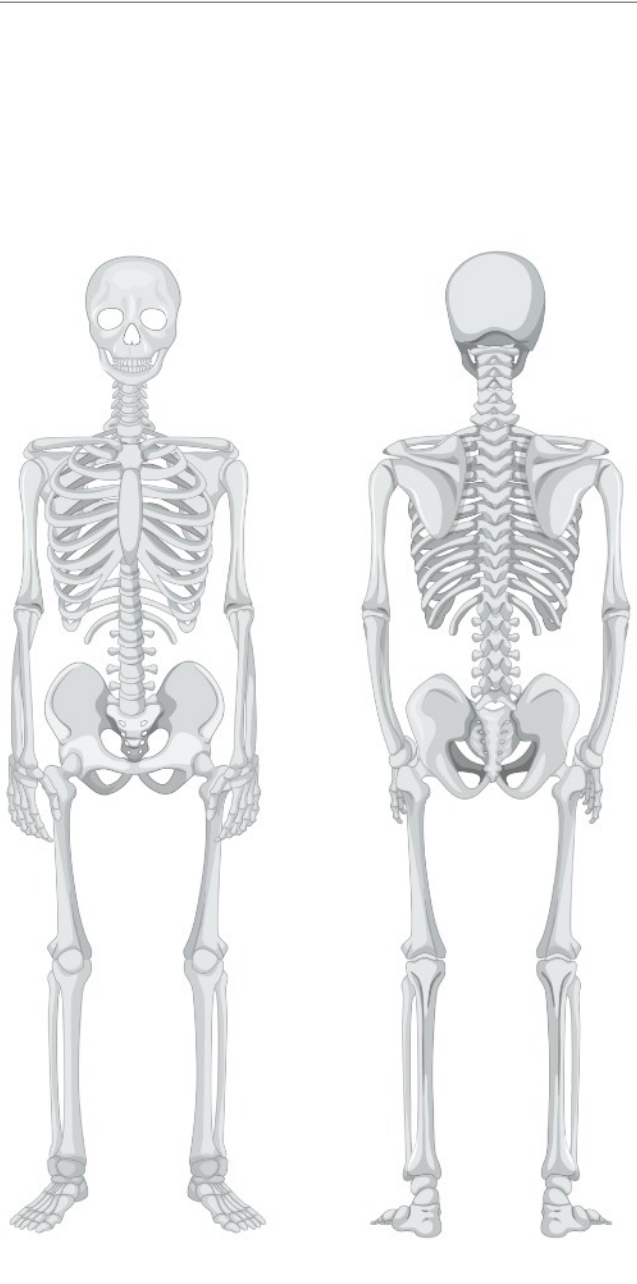
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Observações:

4. Mapa Corporal

Assinale as zonas onde 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>	
---	---

5. Histórico Clínico

<p>Quedas</p> <p>_____</p>	<p>Acidentes</p> <p>_____</p>
<p>Cirurgias</p> <p>_____</p>	<p>Fraturas / Traumatismos</p> <p>_____</p>

6. Hábitos e Comportamentos

Estilo de Vida

<input type="checkbox"/> Sono	<input type="checkbox"/> Tabaco
<input type="checkbox"/> Exercício	
<input type="checkbox"/> Alimentação	
<input type="checkbox"/> Stress	
<input type="checkbox"/> Água	
<input type="checkbox"/> Café	

Trabalho

- Muito tempo sentado
- Muito tempo em pé
- Trabalho ao computador
- Levanta pesos

Consentimento RGPD

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

- Li e aceito os termos acima.

Assinatura: _____