

Nome: _____ Data de Nascimento: ____/____/____ Data: ____/____/____

Nova Ficha PacienteGénero: ☐ Feminino ☐ Masculino | Altura: _____ | Peso: _____ | Profissão: _____

Telemóvel: _____ | E-mail: _____ | NIF: _____

Método de contato preferível? ☐ Chamada ☐ Mensagem ☐ E-mailEstado Civil: _____ | Filhos?: ☐ Não ☐ Sim. Quantos? _____Localidade: _____ | Alergias? ☐ Não ☐ Sim. Quais? _____Tem alguma doença contagiosa? ☐ Não ☐ Sim. Qual? _____Toma medicamentos ou suplementos? ☐ Não ☐ Sim. Quais? _____**Seguro de Saúde**

Nome do Cartão: _____ | Data de Nascimento: ____/____/____

Nome da Seguradora: _____ | nº de Identificação _____

Por favor, envie uma cópia do cartão para o e-mail referido no canto superior direito desta folha ou traga o cartão como comprovativo no dia da consulta.

Historial de Saúde

Queixas Principais		Intensidade	
Se pudesse tratar qualquer problemas de saúde, o que gostaria de eliminar? (por favor, liste por ordem de importância). Informaremos o que podemos ajudar.		Numa escala de "1 a 10", por favor, avalie a intensidade das suas queixas principais (0 = sem desconforto, 10 = desconforto extremo)	
		Em MÉDIA, a queixa está	Na PIOR fase, a queixa está
1.		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
2.		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
3.		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
4.		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
5.		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
6.		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Quando surgiu?		O que fez para tentar resolver estas queixas que NÃO funcionou ?	
Para cada queixa listada anteriormente, por favor indique quando apareceu pela primeira vez, ou em que altura surge?		A definição de "não funcionou" é que fez um tratamento e ainda experiencia o(s) sintoma(s) ou ainda tem o problema de saúde, ou os exames/análises só estão normais porque está tomando medicação(ões), ou o tratamento não restaurou a capacidade do seu corpo de se curar por si mesmo.	
1.	Data Inicio:		
2.	Data Inicio:		
3.	Data Inicio:		
4.	Data Inicio:		
5.	Data Inicio:		
6.	Data Inicio:		

Nome: _____ Data de Nascimento: ____/____/____ Data: ____/____/____

Frequência		Duração
Por favor, marque o quadrado que melhor representa a frequência com que sente as sua(s) principal(is) queixa(s):		Quando tem as sua(s) principal(is) queixa(s), por quanto tempo a(s) sente?
1.	☐ diário ☐ ____dia(s) por semana ☐ ____dia(s) por mês ☐ ____vezes por mês ☐ outro: _____	☐ min. ☐ horas ☐ dias ☐ constante
2.	☐ diário ☐ ____dia(s) por semana ☐ ____dia(s) por mês ☐ ____vezes por mês ☐ outro: _____	☐ min. ☐ horas ☐ dias ☐ constante
3.	☐ diário ☐ ____dia(s) por semana ☐ ____dia(s) por mês ☐ ____vezes por mês ☐ outro: _____	☐ min. ☐ horas ☐ dias ☐ constante
4.	☐ diário ☐ ____dia(s) por semana ☐ ____dia(s) por mês ☐ ____vezes por mês ☐ outro: _____	☐ min. ☐ horas ☐ dias ☐ constante
5.	☐ diário ☐ ____dia(s) por semana ☐ ____dia(s) por mês ☐ ____vezes por mês ☐ outro: _____	☐ min. ☐ horas ☐ dias ☐ constante
6.	☐ diário ☐ ____dia(s) por semana ☐ ____dia(s) por mês ☐ ____vezes por mês ☐ outro: _____	☐ min. ☐ horas ☐ dias ☐ constante
O que agrava ou alivia as sua(s) principal(is) queixa(s)?		
O que a(s) AGRAVA?		O que a(s) ALIVIA?
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
Como os seus problemas de saúde interferem nas seguintes áreas da sua vida?		
Trabalho:		
Família:		
Lazer:		
Quotidiano:		

O que já fez para cuidar da sua saúde?

- | | | |
|---|--|---------------------------------------|
| ☐ Medicação | ☐ Nutrição | ☐ Osteopatia |
| ☐ Cirurgia | ☐ Suplementação | ☐ Quiropraxia |
| ☐ Injeções | ☐ Acupuntura | ☐ Massagem |
| ☐ Exercício Físico | ☐ Fitoterapia | ☐ Outro: _____ |
| | Chinesa | |

Como os métodos anteriores funcionaram para si?

Entrou em contacto porque? (Por Favor escolha uma das opções):

- ☐ a) Apenas quero obter algum alívio dos meus sintomas, e gero o resto com medicação.
- ☐ b) Desejo, se possível, saber e corrigir a Causa Raiz do(s) meu(s) Problema(s) de Saúde e Iniciar um Programa que restaure o meu organismo e me possibilite estar o menos dependente de medicações.
- ☐ c) Outro: _____

Nome: _____ Data de Nascimento: ____/____/____ Data: ____/____/____

Se discutíssemos a sua vida daqui a 3 anos e olha-se para trás, para o dia de hoje, o que teria que ter acontecido para estar feliz com seu progresso? (Por favor, reserve um tempo para pensar!)

Está Grávida? ☐ Não ☐ Sim Se Sim, de quantas semanas está? _____

Faz exercício físico? ☐ Nunca ☐ Diariamente ☐ Semanalmente ☐ Mensalmente

A sua profissão envolve: ☐ estar mais tempo sentado ☐ estar mais tempo de pé
☐ trabalho com cargas leves ☐ trabalho com cargas pesadas

Qual o seu consumo diário/semanal de: cafeína _____ açúcar _____
nicotina _____ álcool _____

Por favor, indique se já teve alguma das seguintes condições de saúde:

- | | |
|---|---|
| ☐ Sida/HIV | ☐ Infertilidade |
| ☐ Alcoolismo | ☐ Patologia Renal |
| ☐ Vacina Antialérgica | ☐ Patologia Hepática |
| ☐ Anemia | ☐ Hipoglicemia |
| ☐ Anorexia | ☐ Patologia Pulmonar (bronquite, pneumonia, enfisema) |
| ☐ Patologia Autoimune | ☐ Sarampo |
| ☐ Problemas da Bexiga (Infecção Urinária, Cistite) | ☐ Mononucleose |
| ☐ Hemorragias | ☐ Esclerose Múltipla |
| ☐ Pressão Arterial (alta / baixa) | ☐ Neuropatia |
| ☐ Bulimia | ☐ Marcapasso (Pacemaker) , Desfibrilador |
| ☐ Cancro | ☐ Paralisia / Semiparalisia |
| ☐ Dependência Química | ☐ Parkinson |
| ☐ Diabetes (Tipo 1 / 2) | ☐ Poliomielite |
| ☐ Epilepsia | ☐ Problemas da Próstata |
| ☐ Problemas da Vesícula Biliar | ☐ Prótese |
| ☐ Bócio | ☐ Cuidados Psiquiátricos |
| ☐ Gonorreia | ☐ Distúrbios da Pele (erupção cutânea, eczema, psoríase) |
| ☐ Gota | ☐ Úlceras Estomacais |
| ☐ Patologia Cardíaca | ☐ Acidente Vascular Cerebral (AVC) |
| ☐ Hepatite | ☐ Tentativa de Suicídio |
| ☐ Tuberculose | ☐ Distúrbios da Tireoide (hipertireoidismo, hipotireoidismo) |

Por favor, indique TODOS os prestadores de cuidados de saúde (médicos de família, cirurgiões, especialistas, osteopatas, nutricionistas etc.) que atualmente o(a) estão seguindo (não precisa de colocar o nome, apenas a especialidade):

Indique TODOS os problemas de saúde pelos quais está a ser seguido atualmente (inclua as datas de quando foi diagnosticado):

Nome: _____ Data de Nascimento: ____/____/____ Data: ____/____/____

Indique TODOS os tipos de cirurgias que fez (Inclua as Datas):

Indique TODOS os acidentes e/ou internamentos que teve (Inclua as Datas):

Por favor, indique o historial médico da sua família:

	Mãe	Pai	Avós Maternos	Avós Paternos	Irmãos
Idade					
Se falecimento, causa de morte					
Cancro					
Diabetes					
Problemas cardíacos					
AVC / Enfarte					
Doenças autoimunes					
Doenças psicológicas e/ou psiquiátricas					
Outros					

IMPORTANTE: Preencha estes documentos o mais completo possível. Algumas das seguintes perguntas podem não parecer estar relacionadas à sua condição, mas podem desempenhar um papel importante no diagnóstico e tratamento. Todas as informações são estritamente confidenciais.

Por favor, indique todos os sintomas agudos e crónicos

Função do sistema do Pulmão (Intestino Grosso, Tiroide, Timo) ☐ Falta de Ar ☐ Dificuldade em Respirar / Sensação de Peso no Peito / Asma ☐ Constipa-se com facilidade / Infecções Crónicas ☐ Rinite / Sinusite ☐ Sangramento Nasal ☐ Tosse (seca / com expectoração / com sangue / crónica) ☐ Ressona ☐ Perda de Olfato / Paladar ☐ Nariz / Boca Seca ☐ Garganta Seca / Dor de Garganta ☐ Pele Seca ☐ Alergias, Espirros ☐ Hiperidrose (Transpiração Excessiva) ☐ Dificuldade em Transpirar ☐ Dores de Cabeça ☐ Rigidez no Pescoço e Ombros ☐ Tristeza Crónica ☐ Obstipação / Hemorroidas / Muco nas Fezes / Sangue nas Fezes	Função do sistema do Baço (Estômago, Pâncreas) ☐ Pouco Appetite ☐ Excesso de Appetite ☐ Cansaço após Refeição ☐ Fezes pastosas / Diarreia ☐ Alimentos não digeridos nas fezes ☐ Aumento de Peso Rápido ☐ Perda de Peso Rápida ☐ Inchaço Abdominal / Flatulência ☐ Borborismos (Barulhos no Estômago e Intestinos) ☐ Sangramento / Inchaço / Dor nas Gengivas ☐ Azia / Refluxo Gástrico / Náuseas / Vômitos ☐ Arroto frequentes / Soluços ☐ Dor no Estômago ☐ Halitose (Mau Hálito) ☐ Aftas na Boca ☐ Tem Hematomas com facilidade (Nódos negros) ☐ Preocupação / Ruminação dos pensamentos ☐ Fraqueza / Atrofia nos Músculos ☐ Sensação do Corpo Pesado ☐ Retenção de líquidos (edema, membros inferiores e barriga) ☐ Pés / Pernas / Articulações inchadas
---	--

Nome: _____ Data de Nascimento: ____/____/____ Data: ____/____/____

Função do sistema do Fígado

(Vesícula Biliar, Glândula Pineal)

- ☐ Alternância entre Diarreia e Obstipação
- ☐ Sensação de Aperto no Peito
- ☐ Gosto Amargo na Boca
- ☐ Sente Irritabilidade e Frustração com Frequência
- ☐ Alterações de Humor
- ☐ Depressão
- ☐ Erupções Cutâneas (vermelhidão, comichão)
- ☐ Dor de Cabeça no topo e Laterais da Cabeça / Enxaquecas
- ☐ Formigamento / Sensação de Dormência
- ☐ Câibras / Espasmos Musculares
- ☐ Convulsões / Tremores / Tiques
- ☐ Sensação de Algo na Garganta
- ☐ Tensão / rigidez / dor no Pescoço e Ombros
- ☐ Dor nas Articulações
- ☐ Dor na ATM
- ☐ Zumbido Agudo nos Ouvidos
- ☐ Dificuldade de Adaptação ao Stress / Bruxismo
- ☐ Tonturas / Vertigem / Perda de Equilíbrio

OLHOS/VISÃO

- ☐ Olhos Irritados
- ☐ Olhos Vermelhos
- ☐ Ardor nos Olhos
- ☐ Olhos Secos
- ☐ Olhos Lacrimejantes
- ☐ Sensação de Areia nos Olhos
- ☐ Visão Turva
- ☐ Diminuição da Visão Noturna
- ☐ Moscas Volantes nos olhos

Função do sistema do Rim

(Bexiga, Glândulas Supra renais)

- ☐ Mãos e Pés Frios
- ☐ Sente Frio no Corpo Todo (independentemente da estação)
- ☐ Ondas de Calor e Suores Noturnos
- ☐ Sede constante
- ☐ Cáries frequentes, problemas dentários
- ☐ Dor nos Joelhos, Perda de Força nos Joelhos
- ☐ Dor Lombar (na Parte Inferior das Costas)
- ☐ Problemas de Memória (curto prazo e longo prazo)
- ☐ Queda de cabelo, aparecimento de Cabelos Brancos Precoces
- ☐ Zumbido de som baixo nos ouvidos
- ☐ Problemas de Audição

MICÇÃO URINÁRIA

- ☐ Pouco controlo da bexiga (incontinência)
- ☐ Acorda durante a noite mais de uma vez para urinar
- ☐ Pouca Urina
- ☐ Urina Abundante
- ☐ Micção Frequente
- ☐ Urgência para Urinar
- ☐ Dificuldade / Micção incompleta
- ☐ Micção dolorosa / ardor
- ☐ Urina Turva
- ☐ Urina Avermelhada
- ☐ Assusta-se com Facilidade, Medo
- ☐ Fraqueza Geral, Pouca Energia, Fadiga Crónica
- ☐ Libido baixa ou Ausente
- ☐ Libido excessivamente alta

APENAS PARA HOMENS

- ☐ Testículos inchados
- ☐ Dor Testicular
- ☐ Incapacidade de manter a ereção
- ☐ Ejaculação precoce

Função do sistema do Coração

(Glândula Pituitária, Intestino Delgado)

- ☐ Ansiedade / Agitação
- ☐ Feridas na ponta da língua, problemas de fala
- ☐ Dificuldade para adormecer / permanecer dormindo
- ☐ Acordar cansado, Fadiga
- ☐ Sonha Muito à Noite
- ☐ Memória Fraca / Confusão Mental
- ☐ Défice de Atenção
- ☐ Dor no peito que irradia para o ombro
- ☐ Batimento cardíaco rápido (>100 batimentos/min) Batimento cardíaco lento (<50 batimentos/min) Batimento cardíaco irregular
- ☐ Palpitações (sente os batimentos cardíacos)
- ☐ Tremores