

Se tiver uma
Logomarca coloque aqui

ESSA FICHA FICA COM O TERAPEUTA.
Se tiver espaço físico escreve endereço e seu nome e tel aqui.

Se for uma consulta online você também deverá preencher essa ficha para você ter em seu computador ou celular ou em papel. Guarde essa ficha enquanto ainda tem a pessoa como paciente depois poderá descartá-la.

Ficha de anamnese Data: ___/___/___

Nome _____ Idade ___ Sexo ___ Nasci _____ Naturalidade _____ Est.civil _____ profissão _____

Endereço _____ Bairro: _____ Cidade: _____
Estado _____ Tel _____ Email _____ Watsap _____

Peso: ___ Peso Ideal para altura ___ Altura: ___ PA ___ Glicose ___ Quantidade de água ideal para altura _____

Queixa principal e Desde quando vem sentindo esse mal?

NA CONSULTA PREENCHA ESSAS INFORMAÇÕES PARA VOCÊ

Usa atualmente Medicamentos? Sim () não () Qual? (se esta sob sintoma colateral do medicamento)

ANOTE O MEDICAMENTO AQUI

Possuí vesícula Sim () não () Evacua quantas vezes ao dia _____ Prisão de ventre sim () não ()

É alérgico ou tem intolerância a algum alimento? _____

Come carnes _____ Salsicha, carne processada, hambúrguer, porco _____ Bebe água com as refeições

_____ Bebe refrigerantes _____ Fuma _____ bebe café, chá mate ou preto _____ Bebe cerveja, bebida

alcóolica ou drogas _____ Quanto de água bebe _____ Pratica exercício ? _____ Sedentário

____ Tem má digestão, gases intestinais, refluxo, azia _____ Humor deprimido () ou alegre () Sente

sonolência, cansaço, memória esquecida, falta de disposição diária? _____ Depressão _____ Que horas

dorme _____ Que horas acorda? _____ Insônia _____ Perdoa, odeia, amargura, medo,

depressão , Tem fé Sim _____ Tem má circulação sanguínea local _____ Varizes _____ Gravidez

Quantos vivos () amamentação _____ Ultimo exame das mamas possuí nódulo, tumor,

câncer _____

Já teve câncer? _____ Doenças sex transmissíveis? _____ Cândida _____

Idade sexual ativa? ____Múltiplos parceiros?_____

Tem consciência de suas doenças Sim () não () (os psicóticos não são conscientes da própria psicose)

Já usou remédios para Sistema Nervoso Central? Doenças Parkinson, Tremor essencial, Convulsões, Alzheimer, Derrame cerebral (AVC), Dores de cabeça (enxaqueca), Meningite, Esclerose Múltipla, Doenças da medula espinhal, Doenças neurológicas FUNCIONAIS (dor, tonturas, paralisias, desmaios sensações anormais na pele etc) _____

Tratamento

AQUI VOCÊ ANOTA PRA VOCÊ O TRATAMENTO QUE ESTÁ PASSANDO PARA PACIENTE ASSIM SABERÁ OQUE ELES CONSEGUIU REALIZAR DESSE TRATAMENTO NA PRÓXIMA CONSULTA, PERGUNTE A ELE, SE ELE CONSEGUIU REALIZAR TUDO QUE VC PASSOU.

EM OUTRA FOLHA IMPRESSA DIGITE O TRATAMENTO PARA QUE ELE POSSA LEVAR PRA CASA, ASSIM NÃO ESQUECERÁ O QUE VOCÊ PASSOU.

É IGUAL UMA RECEITA MÉDICA, ALI DEVERÁ TER SUA LOGOMARCA SE VOCÊ TIVER. SE NÃO TIVER PODERÁ CONTRATAR CONOSCO. COLOQUE SEU ENDEREÇO SE FOR UM LOCAL FÍSICO DE ATENDIMENTO, SE A CONSULTA FOR ONLINE NÃO PRECISA DE COLOCAR SEU ENDEREÇO.

MAIS INDENTIFIQUE A RECEITA COLOCANDO SEU NOME E SEU NUMERO DE CRT E SE TIVER UM NOME COMO ESPAÇO PURA VIDA OU CONSULTÓRIO LIFE ESCREVA NESSE TRATAMENTO PARA O SEU PACIENTE.

COLOQUE SEMPRE A DATA DA CONSULTA

NO FINAL DA RECEITA DEVERÁ TER SEU CARIMBO CONTENDO SEU NOME E SEU SOBRENOME ABREVIADO COMO

JOSÉ M. GONÇALVES
NATUROPATA OU NATURÓLOGO OU TERAPEUTA NATURISTA OU TERAPEUTA.
CRT 354-6

OBS PARA RECEITAS DIGITAIS DE ATENDIMENTO ONLINE NÃO PRECISA CARIMBA A RECEITA, ESCREVA SEUS DADOS APENAS.

PODERÁ DEIXAR IMPRESSO OU PRONTO PARA ENVIO DIGITAL RECEITAS COMO FAZER A LIMPEZA DO INTESTINO LIMPEZA DO FÍGADO E OQUE MAIS VOCÊ ESTIVER DE TRATAMENTO PRONTO ASSIM NÃO PRECISARÁ FICAR DIGITANDO TODA VEZ A MESMA INFORMAÇÃO.

SE PRECISAR DE TEMPO PARA AVALIAR A FICHA DO PACIENTE E DEPOIS ENVIAR O TRATAMENTO PODERÁ FAZER ISSO NO CASO DE CONSULTA ONLINE. PARA CONSULTA PRESENCIAL O TRATAMENTO DEVERÁ SER PASSADO NA MESMA HORA.