

Centro Terapêutico de Leiria

Nome: Morada:	Ano de Nascimento.: Grupo sanguíneo:
------------------	---

E-mail:	Contacto:	Profissão:
---------	-----------	------------

Motivo da consulta:

É habitual ter:				É habitual ter:			
Gripe	Sim	Não	É raro	Dificuldade de concentração	Sim	Não	
Aftas B3	Sim	Não	É raro	Tonturas	Sim	Não	É raro
Febre	Sim	Não	É raro	Alergias (primavera)	Sim	Não	
Herpes labial/vaginal	Sim	Não	lisinia	Fraqueza	Sim	Não	
Mau hálito	Sim	Não		Cansaço	Cansaço Fácil	Acordar Cansada	
Diarreia	Sim	Não		Hemorroidas	Sim	Não	Já tive
Gases	Sim	Não		A lavar os dentes, sangra gengivas	Sim	Não	
Prisão de Ventre	Sim	Não	É raro	Dor de cabeça	Sim	Não	É raro
Zumbidos	Tenho	Não		Sono irregular e/ou insónias	Sim	Não	
Infeções urinárias	Sim	Não	É raro	Difícil sair cama	Sim	Não	
Prurido/ardor vaginal	Sim	Não	Às vezes	Apetite	Muito	Normal	pouco
Má digestão (Enfartamento)	Sim	Não	É raro	Vontade de comer doces	Á noite	Depois refeição	Muito
Azia	P. Almoço Lanches	Não É raro	Almoço Jantar	Visão	Miopia	Hipermetropia	Astigm.
Pés e mãos frias	Sim	Não		Sente-se ansioso(a)	Sim	Não	
Sangra nariz	Sim	Não	É raro	Sente-se deprimida	Sim	Não	
Queda de cabelo	Muito	Alguma	Normal	Calcanhar c/ rachas (seco)	Sim	Não	
Tensão ombros	Sim	Não		Pele	Seca	Oleosa	Normal
Suor	Muito	Normal	Pouco	Unhas quebradiças/fracas/pintas	Sim	Não	
Tensão arterial	Alta	Normal	Baixa	Micose unhas	Já tive	Nunca	Tenho
Grávida	Sim	Não	A tentar	Foi amamentado em bebé	+ 1 ano	- 1 ano	Não
Borbulhinhas atrás do Braço perto ombro	Sim	Não		Fuma	Sim +- () dia	Não	Parei Q.T. ()
Fluxo menstrual	+	Normal	-	Irritabilidade/Nervosismo	Sim	Não	
Cãibras – TIC(s)	Sim	Não	Às vezes	Incapacidade suster urina	Sim	Não	
Dor articulações	Sim	Não	Pouco	Asma/Sinusite/Rinite	Sim	Não	
Sonhar	Muito	Pouco	Nada	Sensibilidade: Quente / Frio	Sim	Não	
Escamação	Nariz	Sobrancel	Testa	Prurido anal	Sim	Não	
Coceira	Caspa	Garganta	ouvido	Úrticária/Rosácea	Sim	Não	
Dificuldade deglutição	Tenho	Não		Dor Costas (Zona)			
Língua	Branca Amarela	Pastosa	Vermelha Escura	Nódulos/Quistos/...	Mama	Tiroide	Ovário

Suplementos alimentares que está a tomar:

Data: / / 2016 - Peso _____ Altura _____

Medicação habitual:

Doença	Nome medicamento	Doença	Nome medicamento
Colesterol		Ácido úrico	
Diabetes		Antidepressivos	
Tensão arterial		Tiroide	
Diluir o sangue		Coração	
Contracetivo (Pílula)		Dormir	

Doenças:

Operações:

Refeição de ontem:

Pequeno Almoço:

Almoço:

Lanche manhã:
Lanche da Tarde

Jantar:

Água que bebe: Fonte ___ Rede ___ Engarrafada ___ Furo ___ Quant. que ingere por dia (+-)? Água: ___ Litro -
Bebida que bebe à refeição? ___ Quantos vezes come (por semana) (+-)? Sopa: ___ Saladas cruas: ___
Fruta (quantas peças, come por dia): ___ Café (bica ou descafeinado) (Quantos por dia): ___
Tipo de pão que consome habitualmente: Pão Branco: ___ Pão integral: ___ Outro: ___
Faz Desporto: Sim ___ Não ___ - Qual: _____

Não preencher

1-Tensão arterial/2-ritmo cardíaco/3-saturação de oxigénio/4-Aritmia/ 5-Colesterol Total/6-Triglicerídeos

Data									
Tensão									
Ritmo									
Sat. O2									
Arritmia									
Colesterol T.									
Triglicerídeos									

Outras observações: