

Reason/Diagnosis

Formulário resumo de informação do paciente

Prezado Paciente:

Por favor complete o seguinte questionário de saúde. A informação que você prover vai nos ajudar a determinar o melhor percurso de fisioterapia para você. Se você tiver qualquer pergunta sobre as perguntas do questionário, por favor discuta com o/a fisioterapeuta.

Obrigado.

Sobre você

Nome: _____
 Data de nascimento: ____/____/____ Sexo: Masculino Feminino
 Você é direito esquerdo? Língua primária: _____
 Você tem alguma crença cultural ou religiosa que possa afetar o seu tratamento?
 Sim Não se responder sim, por favor explique: _____
Trabalho:
 trabalha fora de casa tempo integral Estudante
 trabalha fora de casa tempo parcial Desabilitado
 não está trabalhando pela atual condição
 aposentado / desempregado
Ocupação: _____

Atualizações:

Moradia/acomodação residencial

Acomodação Residencial:
 Sozinho
 Cônjuge / companheiro/a / outro
 Com Filhos
 Com os pais ou guardiões
 com familiares além de cônjuge, filhos ou pais
 outro: _____
Acesso a residência:
 escada sem corrimão Elevador escada com corrimão
 terreno desnivelado Rampas
 outro: _____

Atualizações

Saúde Geral

Como você avalia sua saúde? Excelente boa justa ruim

Você usa? óculos lente de contato aparelho de audição
 Você percebeu mudanças no hábito de ir ao banheiro para evacuar ou urinar?
 incontinência? Constipação? Sim Não
 Se respondeu sim, explique _____
Tabagismo/ Alcool
 Você atualmente fuma? Sim Não se respondeu sim, quantas cartelas por dia? _____
 Se respondeu não, você já fumou? Sim Não se respondeu sim, quando você parou (ano)? _____
 Você atualmente bebe cerveja, vinho ou outras bebidas alcólicas? Sim Não quantos drinques por dia, semana ou mes? ____
 Você teve uma queda nos últimos seis meses? Sim Não

Atualizações



AD0031

Formulário resumo de informação do paciente

Por favor marque com um X nas seguintes condições que você está tendo ou já teve:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Dor de Cabeça/Enxaquecas | <input type="checkbox"/> Hepatite A, B, C |
| <input type="checkbox"/> Marca-passo | <input type="checkbox"/> Psoríases | <input type="checkbox"/> Tendência de sangramento |
| <input type="checkbox"/> Artrite | <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Doenças do Coração |
| <input type="checkbox"/> Problemas Respiratório | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Estômago/úlcera sangrando |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Pressão alta ou baixa | <input type="checkbox"/> derrame cerebral |
| <input type="checkbox"/> Tonteira/Desmaio | <input type="checkbox"/> Doença de Articulação (Juntas) | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Câncer | <input type="checkbox"/> Depressão | <input type="checkbox"/> Doença Tireóide |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia/Convulsões | <input type="checkbox"/> Metal ou outros implantes | <input type="checkbox"/> Tuberculose |
| <input type="checkbox"/> Fibromialgia | <input type="checkbox"/> Feridas Abertas | <input type="checkbox"/> Tumor/Cisto |
| <input type="checkbox"/> Doença renal | <input type="checkbox"/> Você está tomando medicamentos para ansiedade? | <input type="checkbox"/> Glaucoma |
| <input type="checkbox"/> outro: _____ | | |

Histórico cirúrgico você já foi operado? Sim Não

Cirurgia: _____ Data: _____

1. _____
2. _____
3. _____

Você tem alergias (medicamentos, cloro, bromo, abelhas, latex, adesivos, comida, outro)?

Sim Não Se respondeu sim, explique: _____

Hábitos de saúde

Exercício/ Atividade física - Lazer

Você se exercita e participa de atividade física além das atividades normais diárias? sim Não

Se respondeu sim, descreva as atividades:

Quantos dias por semana voce exercita? _____

Qual a duração do exercicio em media por dia (minutos)? _____

Você tem acesso a piscina? Sim Não

Você está grávida ou esta tentando engravidar? Sim Não

Medicamentos

Você toma medicamentos com prescrição médica? Sim Não

Por favor liste:

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 4. _____ |
| 2. _____ | 5. _____ |
| 3. _____ | 6. _____ |

Você toma medicamentos sem prescrição médica? (marque)

- | | | | | |
|---|------------------------------------|--|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Advil/Motrin/Aleve | <input type="checkbox"/> Tylenol | <input type="checkbox"/> Suplementos herbais | <input type="checkbox"/> Antihistaminicos | <input type="checkbox"/> |
| Vitaminas | <input type="checkbox"/> Laxativos | <input type="checkbox"/> Anti acidos | <input type="checkbox"/> Descongestionantes | |
| <input type="checkbox"/> outro: _____ | | | | |

Expectativas para Fisioterapia

Quais são seus objetivos para a fisioterapia? _____

Você já recebeu fisioterapia ou terapia ocupacional no passado? Sim Não

Se respondeu sim, quando e porque razão? _____

Por favor assine aqui

A meu conhecimento, esta informação que eu provi está exata e completa.

Assinatura do Paciente _____

Data _____

Assinatura do Terapeuta _____

Planos do Terapeuta Frequência: _____ Duração: _____

Atualizações: _____

Atualizações

Atualizações



AD0031

Regras de comparecimento

Eu, _____ (nome) compreendo que comparecimento regular é essencial para alcançar os melhores resultados do meu programa de terapia. Portanto, ao assinar este contrato, eu estou concordando com os seguintes:

1. Se eu estiver ausente de duas consultas de terapia sem notificar o meu terapeuta com 24 horas de antecedência, eu poderei ser exonerado da terapia.
2. Eu estou concordando estar na hora certa para minhas consultas de terapia.
3. É a minha responsabilidade de informar a equipe da recepção se eu chegar atrasado(a) para uma consulta marcada.
4. Se eu cancelar mais de duas consultas no próximo mês, poderei ser exonerado do programa e o meu médico será notificado. Um cancelamento deve ser recebido pelo menos 24 horas antes da consulta para que a sessão possa ser oferecida a outro paciente.

Nota: Nós compreendemos que ha circunstâncias que surgem e notificação com 24 horas não é sempre possível. Esses incidentes serão levados em consideração.

Assinando abaixo, eu estou concordando com as declarações acima.

Nome

Data

Testemunha

Data

