

# ADMISSÃO

Este formulário é muito extenso para que eu possa ajudá-lo da melhor forma possível. Se não conseguir preencher o formulário antes da sua consulta, chegue 15 minutos antes para preenchê-lo na clínica. Obrigada :)



Consciousli Chiropractic  
Dra. Lianne Trines MChiro, DC, quiroprática  
Cédula Profissional: 0200040

Heino Folmer - International Medical Doctor  
Estrada da Galé, Edifício Sesmarias Lote 9F  
8200-385 Albufeira, Portugal

(+351) 917 482 144  
chiropractic@consciousli.com  
www.consciousli.com

## Dados confidenciais do paciente

Toda a informação concedida se manterá em absoluto sigilo e confidencial. Por favor tome um tempo para preencher os campos abaixo.

**Data:**

## Informações pessoais

Nome:

Morada:

Cidade:

Código postal:

País:

Data de nascimento:

Telefone:

E-mail:

Profissão:

Hobbies:

NIF:

Número de Seguro:

Como conheceu me?

Amigo  Família  Google  Outro:

## Qual a razão principal para consultar a clínica?

Por favor descreva a(s) área(s) da queixa?

A quanto tempo sente a dor?

Como começou a dor?

Em uma escala de 1-10, quanto você qualifica sua dor?  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Você já consultou algum outro profissional por conta dessa dor?  sim  não

Se sim, descreva:

## Informação geral

Você tem / já teve algum problema de saúde ou operações?  sim  não

Se sim, descreva:

Você já quebrou algum osso?  sim  não

Se sim, descreva:

Você está a tomar algum medicamento e/ou suplemento?  sim  não

Por favor liste aqui e por que?:

Você já teve algum acidente/queda/lesão esportiva?  sim  não

Se sim, descreva:

Quando foi o último:

Exame de urina  < 6 meses  6-18 meses  > 18 meses  nunca

Raio-X/TAC/RM  < 6 meses  6-18 meses  > 18 meses  nunca

Exame de sangue  < 6 meses  6-18 meses  > 18 meses  nunca

Exame cardiaco  < 6 meses  6-18 meses  > 18 meses  nunca

Anteriormente você teve / Tem alguma dessas condições a seguir?

Alcoolismo

Tuberculose

Angina do peito

Diabetes  tipo I  tipo II

Epilepsia

Febre Glandular

Cancro

Doença de Scheuermann

Esclerose Múltipla

Espondilite anquilosante

Meningite

Problemas de tireoide

Artrite Reumatóide

Outro:

Alguma condição o corrente na família?

Já realizou algum exame (por exemplo, raio-X, ressonância magnética, TAC, ecografia, análises etc.)?  
Se tiver os resultados ou os imagens/CD, envie-os para chiropractic@consciousli.com ou traga-os à sua consulta.



### Consentimento & Política de Cancelamento

- Concordo com a conservação dos meus dados e aceito receber comunicações por e-mail, SMS ou Whatsapp.
- Gostaria de receber e-mails de lembrete das minhas consultas marcadas.
- Gostaria de receber a newsletter com informações sobre férias etc. (max 1x por mês)
- Concordo com a política de cancelamento de 48h. Se não cancelar dentro de 48 horas ou não comparecer à consulta, poderemos ter de cobrar a consulta. Obrigada pela sua compreensão.
- Consinto em receber tratamento pela Dra. Lianne Trines (Cédula Profissional 0200040).

Assinatura:

### O seu perfil de saúde

Peso:

Altura:

Você fuma?  sim  não, se sim, quanto por dia? desde quando?

Você bebe álcool?  sim  não, se sim, quanto por semana?

Quanto água bebe durante o dia?  < 1 L  1-2 L  > 2 L

Como dorme?  Barriga  Costas  Lado  esq  dir

Adormece facilmente?  sim  não Com que frequência faz as suas evacuações?

Sente-se cansada ao acordar?  sim  não Como é a sua dieta?

Quantas horas dorme em média? Como você avalia o seu nível de stress?

Você dorme com a boca aberta?  sim  não (0 = sem stress, 10 = muito stress)

Assinale as caixas abaixo se atualmente sofre (ou já sofreu) de algum dos seguintes:

#### Músculos e articulações

- Pescoço
- Entre os omoplatas
- Esterno / costelas
- Região lombar
- Cóccix

- Ombro  esq  dir
- Braço  esq  dir
- Cotovelo  esq  dir
- Punho  esq  dir
- Mão  esq  dir
- Dedos  esq  dir

- Virilha  esq  dir
- Anca  esq  dir
- Perna  esq  dir
- Joelho  esq  dir
- Tornozelo  esq  dir
- Pé  esq  dir

- Dor nas articulações
- Articulações inchadas
- Atrose
- Gota
- Osteoporose

#### Pele

- Comichão
- Eczema
- Hematomas fáceis
- Pele seca
- Psoríase

#### Dentes e mandíbula

- Ranger / apertar os dentes
- Estalidos na mandíbula
- Próteses dentárias

Outro:

#### Geral

- Dor de cabeça
- Enxaqueca
- Tontura
- Distúrbio do equilíbrio
- Desmaios
- Febre
- Insónia
- Fadiga
- Nervosismo
- Stress
- Ansiedade
- Depressão
- Falta de apetite
- Perda de peso
- Aumento de peso
- Zumbido nos ouvido(s) / Tinnitus
- Problemas ouvidas / nariz / garganta
- Surdez  esq  dir
- Infecção ouvidos  esq  dir
- Dor facial  esq  dir
- Dor no maxilar  esq  dir
- Sinusite
- Alergias

#### Estômago e intestinos

- Dor de estômago
- Úlceras
- Hérnia de hiato
- Problemas na vesícula biliar
- Problemas no fígado
- Prisão de ventre
- Diarreia
- Hemorróidas
- Flatulência
- Náuseas / Vômitos
- Problemas nos rins / bexiga
- Incontinência
- Problemas na próstata
- Dificuldade em urinar

#### Coração e vasos sanguíneos

- AVC
- Hipertensão arterial
- Hipotensão arterial
- Varizes  esq  dir
- Má circulação
- Mãos / pés frios
- Tornozelos inchados  esq  dir
- Anemia
- Palpitações / Arritmia

#### Respiração

- Falta de ar
- Asma
- Bronquite
- Pneumonia
- DPOC/ Enfisema
- Rinite alérgica
- Dor no peito
- Tosse crónica
- Tosse com sangue
- Tosse com expectoração / catarro
- Apneia do sono

#### Mulheres

- Problemas da menopausa
- Cólicas abdominais
- Dor nas costas durante a menstruação
- Dor de cabeça durante a menstruação
- Menstruação irregular
- Menstruação intensa
- Aborto espontâneo
- Parto difícil
- Cesária
- Depressão / irritabilidade durante a menstruação

Quando foi a sua última menstruação?

Quantos filhos tem?

É possível que esteja grávida?

sim  não

Outros comentários:

Faça o download e envie o formulário preenchido para:  
chiropractic@consciousli.com