

FICHA DE AVALIAÇÃO TERAPÊUTICA

1.0 – IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ Apelido: _____
DT. Nascimento: ____/____/____ - Idade: ____ - Sexo: () Masculino () Feminino Estado Civil: _____
Telefone de Contato: Casa: _____ - _____ | Celular: _____ - _____ | Comercial: _____ - _____
Endereço: _____ - N.º _____ Compl.: _____
Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____
Profissão: _____ Tempo: _____ - Data de Avaliação: ____/____/____
Encaminhamento Médico: _____ Terapeuta Responsável: _____

2.0 – AVALIAÇÃO TERAPÊUTICA

Queixa Principal: _____

H.M.A./P.: _____

Antecedentes Pessoais: _____

Antecedentes Familiares: _____

Hábitos e Vícios: _____ Medicamentos em Uso: () Não () Sim – Quais? _____

AVD's: _____

Exames Complementares: _____

Tem Algum Tipo de Alergia: () Não () Sim – Quais? _____

3.0 – EXAME VISUAL DOS PONTOS DOLOROSOS E MAPA DE AVALIAÇÃO DOS CHACRAS

Utilize as linhas abaixo para indicar a ocorrência de desconforto ou dor, nas diversas regiões de seu corpo, durante a última semana de trabalho (marque com um X sobre a linha, de acordo com o mapa corporal)

Lado esquerdo			Lado direito	
Nenhum desconforto/dor	Muito desconforto/dor	Ombro (2)	Ombro (3)	Muito desconforto/dor
Nenhum desconforto/dor	Muito desconforto/dor	Braço (4)	Braço (6)	Muito desconforto/dor
Nenhum desconforto/dor	Muito desconforto/dor	Cotovelo (10)	Cotovelo (11)	Muito desconforto/dor
Nenhum desconforto/dor	Muito desconforto/dor	Antebraço (12)	Antebraço (13)	Muito desconforto/dor
Nenhum desconforto/dor	Muito desconforto/dor	Punho (14)	Punho (15)	Muito desconforto/dor
Nenhum desconforto/dor	Muito desconforto/dor	Mão (16)	Mão (17)	Muito desconforto/dor
Nenhum desconforto/dor	Muito desconforto/dor	Coxa (18)	Coxa (19)	Muito desconforto/dor
Nenhum desconforto/dor	Muito desconforto/dor	Joelho (20)	Joelho (21)	Muito desconforto/dor
Nenhum desconforto/dor	Muito desconforto/dor	Perna (22)	Perna (23)	Muito desconforto/dor
Nenhum desconforto/dor	Muito desconforto/dor	Tornozelo (24)	Tornozelo (25)	Muito desconforto/dor
Nenhum desconforto/dor	Muito desconforto/dor	Pé (26)	Pé (27)	Muito desconforto/dor

Tronco			
Nenhum desconforto/dor	Muito desconforto/dor	Pescoço (0)	Costas-médio (7)
Nenhum desconforto/dor	Muito desconforto/dor	Região cervical(1)	Costas-inferior (8)
Nenhum desconforto/dor	Muito desconforto/dor	Costas-superior (5)	Bacia (9)



Mapa de Avaliação dos Chacras

- 01| CHACRA CORONÁRIO | () POSIT. | () NEG. | () NEUTRO
- 02| CHACRA FRONTAL | () POSIT. | () NEG. | () NEUTRO
- 03| CHACRA LARINGEO | () POSIT. | () NEG. | () NEUTRO
- 04| CHACRA CARDÍACO | () POSIT. | () NEG. | () NEUTRO
- 05| CHACRA GÁSTRICO | () POSIT. | () NEG. | () NEUTRO
- 06| CHACRA ESPLÊNICO | () POSIT. | () NEG. | () NEUTRO
- 07| CHACRA BÁSICO | () POSIT. | () NEG. | () NEUTRO

4.0 – OBSERVAÇÕES SOBRE O CAMPO PSICOLÓGICO

5.0 – HIPÓTESE DIAGNÓSTICA E LINHA DE CONDUÇÃO TERAPÊUTICA

São Paulo, _____ de _____ de _____.

Terapeuta Responsável

“Registro de Atendimento de Paciente”

Paciente	
-----------------	--

Queixa PP	
------------------	--

Relatório de Atendimento

São Paulo, _____ de _____ de _____.

Terapeuta Responsável