

## FICHA DE ANAMNESE

**Queixa Principal e Evolução da Doença Atual** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### Questionário de Saúde

**Sofre de alguma doença:** ( ) Sim ( ) Não - Qual(is) \_\_\_\_\_

**Está em tratamento médico atualmente?** ( ) Sim ( ) Não. **Gravidez:** Sim ( ) Não ( )

**Está fazendo uso de alguma Medicação?** ( ) Sim ( ) Não - Qual(is) \_\_\_\_\_

**Nome do Médico Assistente/telefone:** \_\_\_\_\_

**Teve alergia?** ( ) Sim ( ) Não -Qual(is) \_\_\_\_\_

**Já foi operado?** ( ) Sim ( ) Não -Qual(is) \_\_\_\_\_

**Teve problemas com a cicatrização?** Sim ( ) Não ( )

**Teve problemas com a anestesia?** Sim ( ) Não ( )

**Teve problemas de Hemorragia?** Sim ( ) Não ( )

### Sofre de alguma das seguintes doenças ?

**Febre Reumática:** Sim ( ) Não ( ); **Problemas Cardíacos:** Sim ( ) Não ( )

**Problemas Renais:** Sim ( ) Não ( ); **Problemas Gástricos:** Sim ( ) Não ( )

**Problemas Respiratórios:** Sim ( ) Não ( ); **Problemas Alérgicos:** Sim ( ) Não ( )

**Problemas Articulares ou Reumatismo:** Sim ( ) Não ( ); **Diabetes:** Sim ( ) Não ( )

**Hipertensão Arterial:** Sim ( ) Não ( ); **Hábitos:** \_\_\_\_\_

**Antecedentes Familiares:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Outras observações importantes:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Declaro que as informações acima prestadas são totalmente verdadeiras.**

**Local, Data**

**Assinatura do Paciente ou seu Responsável Legal**