

## REGISTO DO PACIENTE

Nome :  
Idade :  
Morada :  
Telemovel :  
numero de contribuinte :  
mail :  
o seu médico de familia :  
Alergias :  
gravidez :

Dados Pessoais :

- Profissão :
- Familia :
- actividades fisicas , passatempos :

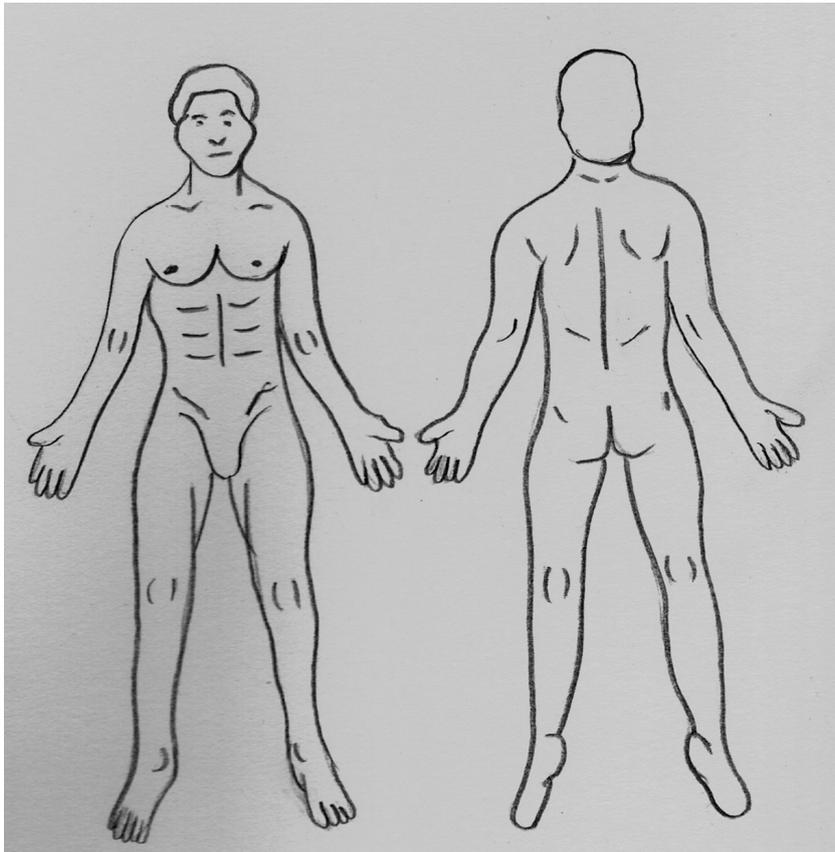
**Motivo da consulta :**

Antecedentes médicos e cirurgicais :

**Tratamentos atuais e medicação:**

- Tem sensações de calor o de frio no corpo ? :
- Tem transpirações anormais ? (natureza, localização, de noite ou de dia) :
- Qualidade de sono? :  
Se à perturbações : quantas vezes acorda e em que condições :
- Tem vertigems ? :
- Tem distúrbios menstruais?
- Tem distúrbios de auditivos, de vista ou de paladar ? :
- Tem distúrbios digestivos : apetite, digestão, gases, inchaço, aspecto das fezes?
- Tem distúrbios psicologicos ?
- Tem distúrbios de respiração : tosse, asma, catarro, falta de ar ?
- Fumador / não fumador ? :
- Tem distúrbios de circulação sanguínea : coração e artérias , colesterol, retorno venoso, flebite :

- **Dores (natureza, localização) :**



- **Tratamentos praticados e observações:**

**Consulta 1 :**

**Consulta 2 (data) :**

**Consulta 3 (data):**