

A Sua Saúde

Bem-vindo(a) à Health Connection, especialistas na sua saúde e no seu bem-estar.

O nosso primeiro objectivo é ir ao encontro dos problemas que o(a) trouxeram cá. E o segundo é oferecer-lhe a oportunidade de melhorar a sua saúde como um todo, agora e para o futuro.

No nosso dia-a-dia, passamos por diversos *stresses* físicos, bioquímicos e psicológicos/emocionais que vão se acumulando e criando uma séria redução no nosso potencial de saúde. Muitas vezes, esses efeitos são graduais e podem até nem ser sentidos até se tornarem problemas mais complicados. Ao responder às seguintes questões, dar-nos-á um perfil de problemas passados e presentes que nos ajudará a melhor compreender o seu caso e a desenvolver o plano mais adequado para a sua situação.

Permito a utilização dos meus dados pessoais pela Health Connection, com a finalidade de diagnosticar os problemas de coluna, identificar a melhor forma de correção e acompanhar a evolução, assim como para o envio de informações sobre o tratamento e as actividades diversas da clinica, por e-mail e/ou telefone.

Conheça a nossa política de Privacidade no site www.saudecoluna.com

O Paciente

*No caso de crianças menores de 18 anos, o consentimento deve ser realizado por um dos pais ou representante legal.

1. DADOS PESSOAIS

Data: ___/___/___ Nome: _____

Gostaria que me chamassem: Sr(a) Dr(a) pelo 1º nome Outro: _____

Data de Nascimento: ___/___/___ NIF: _____

Endereço: _____

Código Postal _____ Localidade: _____

Estado Civil: _____ Nº Filhos: _____

Profissão: _____ Empresa: _____ Telefone Trabalho: _____

Telefone Casa: _____ Telemóvel: _____

Prefiro ser contactado: Casa Telemóvel Trabalho Não tenho preferência

Email: _____

Podemos contacta-lo(a) através de email? Sim Não

A quem podemos agradecer por tê-lo(a) referido à nossa clínica? _____

2. PERFIL DE SAÚDE

Sintomas:

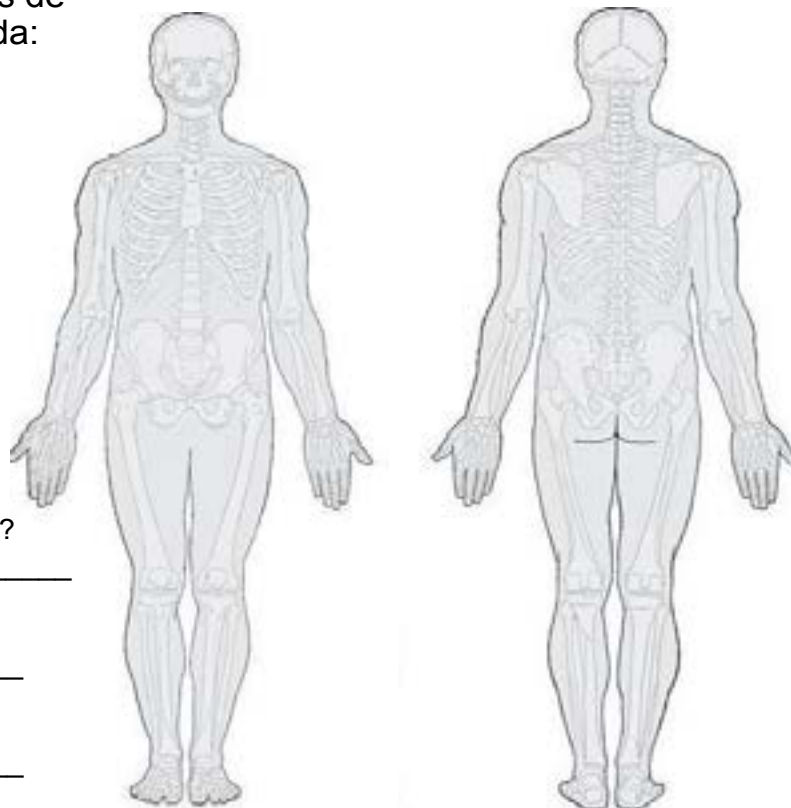
Qual a **razão** para esta consulta: Dores Rastreio Manutenção Prevenção

Quais são os seus Objectivos? Alívio temporário Dores

Correcção do Problema (tempo é um factor importante)

Assinale na figura as principais áreas de problemas usando a seguinte legenda:

- (A) Aguda
- (D) Dormência
- (F) Formigueiro
- (M) Que mói
- (P) Profunda
- (T) Tensão



Tipo de Dor:

A dor é: Constante? Vai e vem? Irradia?
 Frequência: (10%-100% do tempo)? _____

O que faz a dor piorar?

O que faz a dor reduzir?

Este problema já foi visto por alguém? Quem? _____ Qual foi o diagnóstico? _____

O problema está: A melhorar A piorar Na mesma

Há quanto tempo apareceram os sintomas e como? _____

Indique até três limitações que tem no seu dia a dia devido a estes problemas:
 _____ , _____ , _____

Marque nas seguintes colunas, numa escala de 0 (nada) a 10 (dores insuportáveis) o nível das suas dores.

| Frequente | Ocasional | Problemas |
|-----------|-----------|------------------------|
| | | Dor de Cabeça |
| | | Enxaquecas |
| | | Dor de Pescoço |
| | | Dor no Braço/ Mão |
| | | Dor no meio das costas |
| | | Dor Lombar |
| | | Hérnias Disciais |
| | | Artrites/Artroses |
| | | Problemas de Pele |
| | | Tonturas |
| | | Náuseas |
| | | Nervosismo |
| | | Falta de energia |
| | | Problemas de sono |
| | | Dormências |
| | | Formigueiros |
| | | Escoliose |
| | | Ciática |

| Frequente | Ocasional | Problemas |
|-----------|-----------|-------------------------|
| | | Osteoporose |
| | | Constipações |
| | | Zumbido no ouvido |
| | | Otites |
| | | Problemas digestivos |
| | | Obstipação |
| | | Alergias |
| | | Asma |
| | | Problemas menstruais |
| | | Infertilidade |
| | | Problemas Urinários |
| | | Problemas Respiratórios |
| | | Problemas Neurológicos |
| | | Ansiedade |
| | | Hipertensão |
| | | Irritabilidade |
| | | Hiperactividade |
| | | Outro: |

Teve alguma queda, lesão ou traumatismo significativo durante a infância/adolescência?

Sim Não Não me lembro Se sim, qual? _____

Teve alguma queda, lesão ou traumatismo significativo já na idade adulta?

Sim Não Não me lembro Se sim, qual? _____

Fractura(s)? _____

3. HÁBITOS E COMPORTAMENTOS

TEMAS IMPORTANTES PARA SI:

Como mudar de atitude Parto/Amamentação Postura Alimentação

Coaching (Desenvolvimento Pessoal e Profissional) Higiene da Coluna

NO SEU DIA-A-DIA:

Seleccione o que se aplica a si:

Muito tempo de Pé Muito tempo Sentado(a) Levanto Pesos Leves

Levanto Pesos Pesados Trabalho ao Computador

Alimentação equilibrada: **Sim Não**

Fuma? **Sim Não** Média de cigarros/dia _____ Está a tentar deixar de Fumar? **Sim Não**

Bebe bebidas alcoólicas? **Sim Não**

Bebe café ou outras bebidas com cafeína? **Sim Não** Quantos por dia? _____

Bebe água filtrada? **Sim Não** Média de copos/dia _____

Come muitas comidas pré-confeccionadas? **Sim Não**

Tenta comer mais comidas orgânicas? **Sim Não**

Durmo em média _____ horas por noite

Más posturas frequentes? **Sim Não**

Sabe pegar correctamente em pesos? **Sim Não**

Faz exercício? **Sim Não** O quê e com que regularidade? _____

Toma Medicamentos? **Sim Não** Para quê? _____

Há quanto tempo toma estes medicamentos? _____

Suplementos? **Sim Não** Para quê? _____

Marque na escala de 0 (má) a 10 (excelente), como classifica a sua saúde num todo?

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

Numa escala de **0** (nenhum) a **10** (extremo) identifique os seus níveis de stress:

Ocupacional/Laboral _____ Pessoal _____

Numa escala de **0** (mau) a **10** (excelente) descreva a qualidade dos seus hábitos.

Alimentação _____ Sono _____ Exercício _____ Bem-Estar _____

| | R ROT | L ROT | RLF | LLF | Extension | Flexion |
|-----|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| C | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| T-L | | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |