

Ficha de Anamnese — Modelo Geral

Primeira consulta — clínicas de saúde

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome completo		Data de nascimento	
CPF	Telefone / WhatsApp		Profissão
Endereço		Como conheceu a clínica?	
Convênio / particular		Indicação / médico responsável	

QUEIXA PRINCIPAL E HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Queixa principal (nas palavras do paciente)
Início, evolução e fatores que melhoram/pioram

ANTECEDENTES PESSOAIS

Pergunta	Sim / Não	Observações
Hipertensão arterial?	() Sim () Não	
Diabetes?	() Sim () Não	
Cardiopatía?	() Sim () Não	
Asma ou doença respiratória?	() Sim () Não	
Cirurgias prévias?	() Sim () Não	
Internações nos últimos 5 anos?	() Sim () Não	
Alergia a medicamentos?	() Sim () Não	
Uso contínuo de medicação?	() Sim () Não	

ANTECEDENTES FAMILIARES

Doenças relevantes na família (pais, irmãos, avós)
--

HÁBITOS DE VIDA

Pergunta	Sim / Não	Observações
Pratica atividade física regularmente?	() Sim () Não	

Fuma?	() Sim () Não	
Consome bebida alcoólica com frequência?	() Sim () Não	
Como está seu sono? Dorme bem?	() Sim () Não	

EXAME FÍSICO (USO PROFISSIONAL)

PA	FC	Peso	Altura
Observações do exame físico			
Hipótese diagnóstica / conduta			

CONSENTIMENTO — LGPD

Autorizo a coleta e o tratamento dos meus dados pessoais e de saúde acima informados, exclusivamente para fins de avaliação, planejamento e execução dos cuidados prestados por esta clínica, nos termos da Lei nº 13.709/2018 (LGPD). Estou ciente de que posso solicitar acesso, correção ou exclusão dos meus dados a qualquer momento.

Cidade e data	Profissional responsável / registro
---------------	-------------------------------------

Assinatura do(a) paciente

Assinatura do(a) profissional