

FICHA CLÍNICA GERAL

Dados Pessoais:

Nome: _____ Idade: _____ Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino

Data de Nascimento: ____/____/____ Estado Civil: _____ RG: _____

Raça Autorreferida: ☐ Branca ☐ Parda ☐ Preta ☐ Amarela ☐ Indígena Nome Social: _____

Email: _____ Contato 1 (____) _____ Contato 2 (____) _____

Endereço: Av./Rua _____ Nº _____

Bairro: _____ Estado: _____ UF: _____

Histórico médico:

1. Está fazendo tratamento médico ou psicológico?

☐ Não ☐ Sim, médico ☐ Sim, psicológico

Qual o motivo? _____

2. Faz uso de algum medicamento? ☐ Sim ☐ Não

3. Fuma ou já fumou? ☐ Sim ☐ Não

4. Há quanto tempo fuma ou fumou? _____

8. Tem ou Teve alguma das doenças abaixo?

Diabetes: ☐ Sim ☐ Não

Problemas na tireóide: ☐ Sim ☐ Não

Hipertensão (pressão alta): ☐ Sim ☐ Não

Hipotensão (pressão baixa): ☐ Sim ☐ Não

Problemas no coração: ☐ Sim ☐ Não

Portador de marca-passo: ☐ Sim ☐ Não

Portador de prótese cardíaca: ☐ Sim ☐ Não

Doença autoimune: ☐ Sim ☐ Não

Anemia: ☐ Sim ☐ Não

Distúrbio de coagulação: ☐ Sim ☐ Não

Outras? _____

5. Foi submetido a algum tipo de cirurgia?

☐ Sim ☐ Não Se sim, Qual? _____

6. Já teve algum problema quando submetido a algum tipo de cirurgia? ☐ Sim ☐ Não

7. Já fez transfusão de sangue? ☐ Sim ☐ Não

Hepatite/ problema no fígado: ☐ Sim ☐ Não

Epilepsia/ convulsão: ☐ Sim ☐ Não

Problemas nos rins: ☐ Sim ☐ Não

Problema no estômago: ☐ Sim ☐ Não

Problema no pulmão/ Tuberculose: ☐ Sim ☐ Não

Sinusite/rinite/asma: ☐ Sim ☐ Não

Herpes labial: ☐ Sim ☐ Não

Sífilis/HPV/HIV: ☐ Sim ☐ Não

Tumor (benigno/câncer): ☐ Sim ☐ Não

Artrite/reumatismo: ☐ Sim ☐ Não

9. Já fez uso de drogas injetáveis? ☐ Sim ☐ Não

10. Considera que tem um ritmo de vida muito estressante? ☐ Sim ☐ Não

11. Tem alergia ou alguma reação adversa a medicamentos/produtos? Anestésico tópico, anestésico odontológico/em geral; iodo; clorexidina.

12. Tem alergia a alguma medicação (analgésico, antibiótico e anti-inflamatório)? Qual (is)? _____