

- Diário de campo

Data: ____ / ____ / ____

1. Iniciais
2. Data de nascimento
3. Idade: _____
4. Sexo: Fem (☐) Masc (☐)
5. Est. Civil: _____
6. Instituição de ensino: _____
7. Semestre:

ACUPUNTURA AURICULAR / AURICULOTERAPIA

8. Sentiu melhora com a Auriculoterapia? () Sim () não
9. Uso de medicação? () Sim () não
10. Indicação do médico? () Sim () não
11. Que medicamento usa? () Analgésico () Anti-inflamatório () Antidepressivo () Anticonvulsivante () Outros.
Quais? _____
12. Fez uso de alguma medicação? () Sim () Não. Se sim, qual? _____
com que Frequência? _____
13. Grau de intensidade da qualidade do sono (1 a 10) antes da Auriculoterapia?

14. Grau de intensidade da qualidade do sono (1 a 10) depois da Auriculoterapia?

15. Quantas horas de sono por dia: _____
16. A que hora vai dormir _____
17. () Bruxismo () Síndrome das Pernas Inquietas () Dificuldades para dormir ou
acorda no meio da noite () Acorda com dor () Acorda cansado () Ronco e
apneia
18. O quê está te incomodando hoje? _____
19. De uma forma geral, como se sentiu durante essa semana? _____
20. Algum ponto caiu? Qual?
21. Qual ponto doeu mais? _____
22. Dia e horário de estímulo dos pontos

[illegible]