Ficha de anamnese

Podologia · para imprimir e preencher à mão

Cliente

Nome completo

Data de nascimento

Telefone / WhatsApp

E-mail

Documento (CPF ou RG)

Pés e unhas

Tem diabetes? ☐ Sim ☐ Não

Tipo, tempo de diagnóstico e última glicemia:

Sente formigamento, dormência ou perda de sensibilidade nos pés? ☐ Sim ☐ Não

Tem ou já teve trombose, varizes importantes ou outro problema de circulação? ☐ Sim ☐ Não

Qual e quando?

Tem ferida no pé ou na perna que demora a cicatrizar? ☐ Sim ☐ Não

Onde e há quanto tempo?

Tem unha encravada, micose, calo, rachadura ou verruga na planta do pé? ☐ Sim ☐ Não

O quê e em qual pé?

Sente dor ao caminhar ou em algum ponto do pé? ☐ Sim ☐ Não

Onde?

Usa palmilha ou calçado ortopédico? ☐ Sim ☐ Não

Que tipo de calçado usa na maior parte do dia?

Fica muito tempo em pé ou pratica esporte de impacto? ☐ Sim ☐ Não

Qual atividade?

Já fez cirurgia nos pés ou nas unhas? ☐ Sim ☐ Não

Qual e quando?

Saúde geral

Tem alergia a algum medicamento, cosmético, látex, esparadrapo ou alimento? ☐ Sim ☐ Não

A quê?

Usa algum medicamento de forma contínua? ☐ Sim ☐ Não

Quais?

Tem distúrbio de coagulação ou usa anticoagulante (como AAS ou varfarina)? ☐ Sim ☐ Não

Tem pressão alta ou problema no coração? ☐ Sim ☐ Não

Qual? Faz acompanhamento? _____

Está grávida, com suspeita de gravidez ou amamentando? ☐ Sim ☐ Não

Tempo de gestação ou de amamentação: _____

Tem alguma condição ou usa remédio que baixe a imunidade ou atrase a cicatrização? ☐ Sim ☐ Não

Qual? _____

Tem psoríase, artrite, gota ou outra doença que afete os pés e as unhas? ☐ Sim ☐ Não

Qual? _____

Observações do profissional

Termo de ciência e consentimento

Declaro que as informações desta ficha são verdadeiras e que não omiti nenhum dado sobre a minha saúde. Vou avisar o(a) profissional sobre qualquer mudança antes das próximas sessões.

Recebi explicações sobre o atendimento de podologia: como é feito, os cuidados antes e depois, o resultado esperado e as reações que podem acontecer. Pude tirar minhas dúvidas antes de assinar.

Sei que o atendimento de podologia não substitui a consulta médica e que posso ser orientado(a) a procurar um médico se for encontrada alteração que exija avaliação.

☐ Li e concordo com o termo de ciência acima.

☐ Autorizo o(a) profissional responsável por este atendimento a registrar e guardar os dados pessoais e de saúde desta ficha, com a finalidade exclusiva de avaliar e realizar o atendimento com segurança e manter o meu histórico (Lei 13.709/2018 – LGPD, art. 11, I). Sei que posso pedir acesso, correção ou eliminação desses dados ao estabelecimento a qualquer momento.

Local e data: _____

Assinatura do cliente

Assinatura do profissional