

Nome \_\_\_\_\_ Altura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_

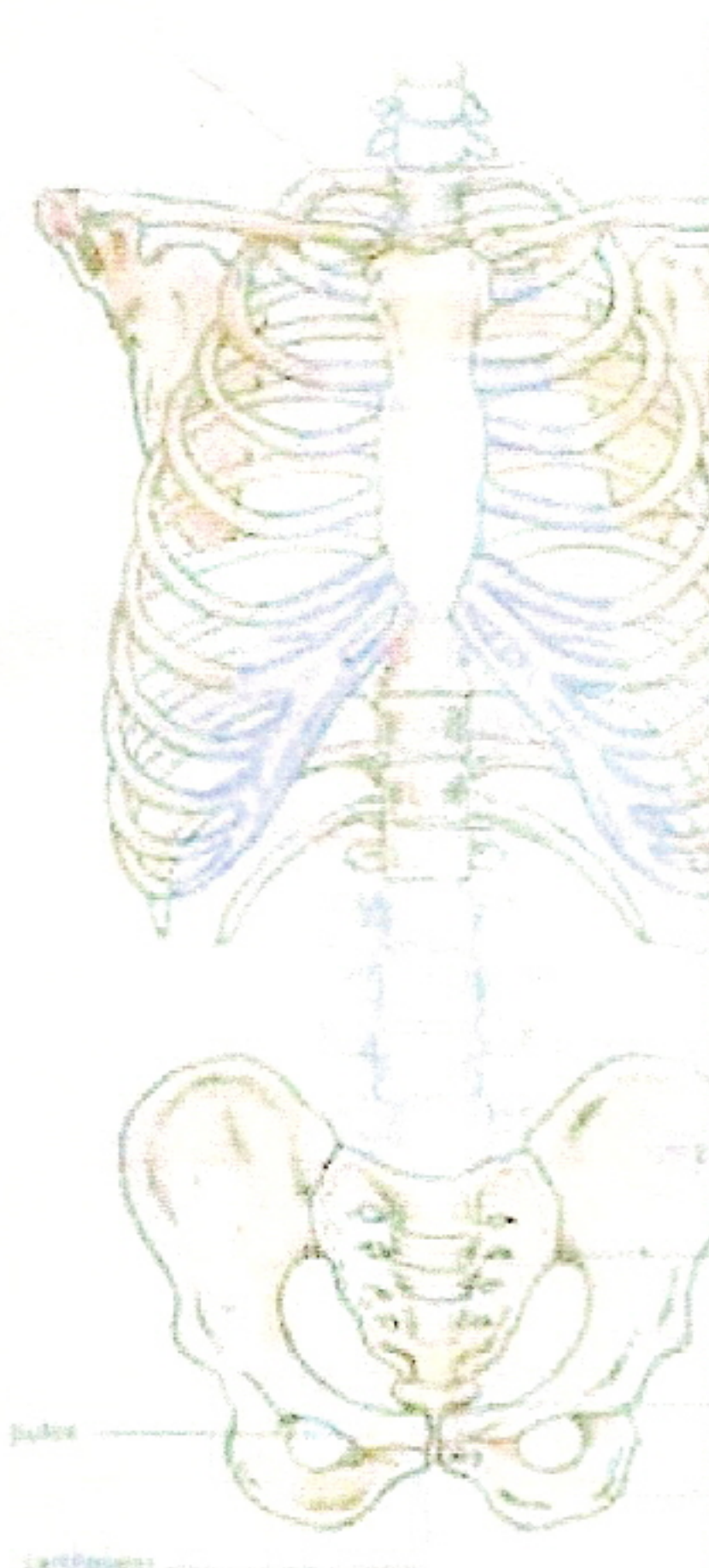
Data de Nascimento \_\_/\_\_/\_\_ Profissão \_\_\_\_\_ Peso Ideal Aproximado \_\_\_\_\_ Menopausa \_\_\_\_\_

Morada \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Localidade \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_

Alergias \_\_\_\_\_ Diabetes \_\_\_\_\_ Tabaco \_\_\_\_\_

Exames \_\_\_\_\_ Outros Tratamentos \_\_\_\_\_



LOCALIZAÇÃO	LADO		HORÁRIO		RITMO		INTENSIDADE			
DOR DE CABEÇA	E	D	D	N	C	I	+	++	+++	++++
- frontal										
- nuca										
- lateral										
- global										
DORES:										
- Pescoço										
- Ombro										
- Cotovelo										
- Pulso										
- Alto das Costas										
- Meio das Costas										
- Lombar (Baixa)										
- Nádegas										
- Bacia										
- Joelho										
- Tornozelo										
- Pé										
- Ciática										
VERTIGENS										
PALPITAÇÕES										
ENXAQUECAS										

RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO \_\_\_\_\_

DATA \_\_/\_\_/\_\_