

PODOLOGIA

FICHA DE ANAMNESE



Nome: _____ Idade: _____

Endereço: _____

Telefone: _____ E-mail: _____

RG: _____ É WhatsApp? CPF: _____

AVALIAÇÃO

Tipo de calçado mais utilizado:

Aberto Fechado Nº: _____

Cirurgia nos membros inferiores? SIM NÃO

Especifique: _____

Toma algum medicamento? SIM NÃO

Especifique: _____

Alguma alergia? SIM NÃO

Especifique: _____

Diabetes? SIM NÃO

Cardiopatía? SIM NÃO

Tem marca passos/pinos? SIM NÃO

Hepatite? SIM NÃO

Tipo de meia usada:

Social Esportiva

Pratica esportes? SIM NÃO

Especifique: _____

Gestante? SIM NÃO

Especifique: _____

Sensibilidade a dor? SIM NÃO

Especifique: _____

Hipo/Hipertensão arterial? SIM NÃO

Hanseníase? SIM NÃO

Algum tipo de câncer? SIM NÃO

Distúrbio circulatório? SIM NÃO

Declaro que as informações acima são verdadeiras, não cabendo ao profissional quaisquer responsabilidades por informações omitidas nessa avaliação.

Data: ____/____/____ Assinatura: _____

OBSERVAÇÕES PROFISSIONAIS:

PD: _____

PE: _____

PATOLOGIAS DERMATOLÓGICAS PRESENTES:

Ressecamento Hiperidrose Disidrose Hiperqueratose Bromidrose Micose Planar Onicofose
 Micose interdigital Micose ungueal Psoríase Onicocriptose Exostose Granulado

Patologias ungueais presentes:

Telha Funil Gancho Caracol Distrófica Torquês _____

<p>PE PD Vista Plantar Vista Dorsal</p> <p>*Verruga Plantar Calo Calosidades /// Fissuras</p>	<p>Procedimento: _____</p> <p>Profissional: _____ Data: ____/____/____</p>
---	--