

Ficha de anamnese: Podologia

Preencha com atenção. Suas respostas ajudam a escolher o tratamento certo e a evitar reações.

Profissional / clínica: _____

Data do preenchimento: ____ / ____ / ____

IDENTIFICAÇÃO

Nome completo: _____

Telefone (WhatsApp): _____

Data de nascimento: ____ / ____ / ____

E-mail: _____

Como conheceu a clínica? _____

SEUS PÉS

O que você quer tratar? *(pode marcar mais de uma)*

- ☐ Unha encravada ☐ Calos / calosidades ☐ Rachaduras ☐ Micose ☐ Verruga plantar
☐ Dor nos pés ☐ Unha grossa ☐ Outra: _____

Conte um pouco mais (qual pé, há quanto tempo)

Que calçado usa mais? *(marque uma)*

- ☐ Tênis ☐ Sapato fechado ☐ Salto ☐ Sandália / chinelo

Quanto tempo passa em pé? *(marque uma)*

- ☐ Pouco ☐ Metade do dia ☐ O dia todo

SAÚDE

Tem diabetes?

- ☐ Sim ☐ Não

Está controlada? Usa insulina? _____

Tem alguma destas condições? *(pode marcar mais de uma)*

- ☐ Problema de circulação ☐ Hipertensão ☐ Perda de sensibilidade nos pés ☐ Doença renal
☐ Artrite / gota ☐ Usa anticoagulante ☐ Nenhuma das anteriores ☐ Outra: _____

Usa algum medicamento de forma contínua ou recente?

- ☐ Sim ☐ Não

Qual e para quê? _____

Está grávida, com suspeita de gravidez ou amamentando?

- ☐ Sim ☐ Não ☐ Não se aplica

Tem alergia ou já teve reação a: *(pode marcar mais de uma)*

- ☐ Medicamentos ☐ Anestésicos ☐ Esparadrapo ☐ Látex ☐ Outra: _____
- ☐ Não tenho alergias

AUTORIZAÇÃO DE IMAGEM

Sobre o registro de fotografias e/ou vídeos do meu tratamento:

- ☐ **Não autorizo.** Nenhuma foto ou vídeo será registrado.
- ☐ **Autorizo só para uso interno.** Fotos e vídeos ficam só no meu prontuário, para acompanhar a evolução do tratamento. Nunca são divulgados.
- ☐ **Autorizo uso interno e divulgação.** Além do prontuário, autorizo o uso em redes sociais, site e materiais da clínica.

DECLARAÇÃO

Declaro que as informações fornecidas nesta ficha são verdadeiras e completas, comprometendo-me a informar à profissional qualquer alteração no meu estado de saúde, uso de medicamentos, gestação ou demais condições relevantes antes da realização de procedimentos.

Estou ciente de que a omissão de informações relacionadas à minha saúde poderá interferir na avaliação, indicação, segurança e resultado dos procedimentos realizados.

Assinatura da cliente

Assinatura da profissional