



estudandomtc.com

FICHA DE ANAMNESE VENTOSATERAPIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Profissão: _____

Telefone: _____

Contato de Emergência: _____

Endereço: _____

Data de Início do Tratamento: _____

AVALIAÇÃO

Sono: _____

Funções Intestinais: _____

Digestão: _____

Dor: _____

Ciclo Menstrual: _____

Fuma: () Sim () Não

Consome Bebidas Alcoólicas: () Sim () Não

Alimentação: _____

Consumo de Água: _____

Atividade Física: _____

Emoções: () Raiva () Ansiedade () Preocupação () Tristeza () Medo



estudandomtc.com

FICHA DE ANAMNESE VENTOSATERAPIA

