



**Lyra Terapêutica**

Website: [www.lyraterapeutica.com.br](http://www.lyraterapeutica.com.br)

E-mail: [lyraterapeutica@gmail.com](mailto:lyraterapeutica@gmail.com)

## Ficha de Paciente

### Informações Pessoais

Data avaliação: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Código da ficha: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_ Filhos (idades): \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

### Pagamento do tratamento

Data sessão	Pagamento	Data sessão	Pagamento	Data sessão	Pagamento
01		06		11	
02		07		12	
03		08		13	
04		09		14	
05		10		15	

### Anamnese

Diagnóstico Clínico: \_\_\_\_\_

Queixa e História (data de início, intensidade, local, características, evolução dos sintomas, fatores que afetam, atividades de vida diária comprometidas, etc): \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

Condições Associadas (hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, cardiopatia, marcapasso, acidente vascular cerebral, patologia renal, patologias menstruais ou ginecológicas, alterações endócrinas, menopausa, gravidez, cirurgias prévias, enxaqueca, patologias respiratórias, distúrbios intestinais ou digestivos, infecção aguda, tumor ou câncer, radioterapia, tromboflebite): \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

Óleos essenciais a serem evitados: \_\_\_\_\_

Hábitos e Vícios:

Tabagismo (carga tabágica): \_\_\_\_\_

Etilismo (quantidade diária): \_\_\_\_\_

Alimentação (come bem, quanto, que tipos de alimentos, com que frequência): \_\_\_\_\_

Drogas e medicações: \_\_\_\_\_

Sono (dorme bem, dificuldade para cair no sono, acorda durante a noite, quantas horas por noite): \_\_\_\_\_

Exercícios (quais, com que frequência): \_\_\_\_\_

O que faz a maior parte do tempo (trabalho, estudo, etc)? \_\_\_\_\_

Em que postura (sentado, em pé, faz movimentos repetitivos)? \_\_\_\_\_

Exames complementares (ultra-som, tomografia, ressonância, raio-x, hemograma, outros): \_\_\_\_\_

Tratamentos concomitantes, nome do profissional e telefone de contato (médico, fonoaudiologia, terapia ocupacional, fisioterapia, naturologia, acupuntura, massagem esteticista, nutricionista, etc): \_\_\_\_\_

**Avaliação Geral**

Cognitivo (colaborativo, alteração de memória, dificuldade de concentração): \_\_\_\_\_

Gerais:

Pressão arterial: \_\_\_\_\_ Frequência cardíaca: \_\_\_\_\_

Frequência respiratória: \_\_\_\_\_ Desconforto respiratório: \_\_\_\_\_

Corado: \_\_\_\_\_ Hidratado: \_\_\_\_\_ Anictérico: \_\_\_\_\_

Acianótico: \_\_\_\_\_ Afebril: \_\_\_\_\_

Cicatrizes (onde, aspecto): \_\_\_\_\_

Úlceras de pressão: \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_

Sistemas:

Pele (seca, oleosa, mista, normal, transpira muito, tem acne, outra alterações): \_\_\_\_\_

Muscular (dor, onde, frequência, o que melhora, o que piora): \_\_\_\_\_

Articular (dor, onde, frequência, o que melhora, o que piora): \_\_\_\_\_

Circulatório (pés e mãos frios, formigamento, varizes, peso nas pernas, etc): \_\_\_\_\_

Cardíaco (doenças cardíacas, qual, médico que acompanha): \_\_\_\_\_

Respiratório (asma, bronquite, rinite, sinusite): \_\_\_\_\_

Digestivo (de quanto em quanto tempo evacua, como são as fezes, problema digestivo, má digestão, gastrite, cólicas, gases, infecções, hepatite, colesterol alto): \_\_\_\_\_

Excretor (de quanto em quanto tempo urina, cor da urina, pega muita infecção urinária, problema renal, pedra nos rins, faz hemodiálise): \_\_\_\_\_

Genital (menstruação regular, fluxo intenso, problemas sexuais, etc): \_\_\_\_\_

Imune (pega muito resfriado ou gripe, alergia): \_\_\_\_\_

Nervoso (já teve convulsão, quando, quantas vezes, problemas nervosos, anestesia, dor em choque, etc): \_\_\_\_\_

Psicológico (sintomas, quando começaram porque começaram, o que faz piorarem, o que faz melhorarem, intensidade piorou ou melhorou, frequência variou, etc, sintomas: depressão, dor de cabeça, fraqueza, falta de ânimo, fadiga, nervoso, melancolia, tristeza, raiva, medo, baixa auto-estima, ansiedade, stress, outros): \_\_\_\_\_

**Conclusão:**

Descrição geral do caso (iniciais, idade, diagnóstico clínico, raciocínio terapêutico): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Objetivos:**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_

**Conduta:**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_

**Orientações domiciliares:**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

**Observações:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Evolução:**

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Consulta nº: \_\_\_\_ Próxima consulta: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Como chegou e queixas (melhora sintomas, novos sintomas): \_\_\_\_\_

Fez o que foi orientado: \_\_\_\_\_

Conduta Aromaterapêutica: \_\_\_\_\_

Orientações: \_\_\_\_\_

Como saiu: \_\_\_\_\_

Observações: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Consulta nº: \_\_\_\_ Próxima consulta: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Como chegou e queixas (melhora sintomas, novos sintomas): \_\_\_\_\_

Fez o que foi orientado: \_\_\_\_\_

Conduta Aromaterapêutica: \_\_\_\_\_

Orientações: \_\_\_\_\_

Como saiu: \_\_\_\_\_

Observações: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Consulta nº: \_\_\_\_ Próxima consulta: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Como chegou e queixas (melhora sintomas, novos sintomas): \_\_\_\_\_

Fez o que foi orientado: \_\_\_\_\_

Conduta Aromaterapêutica: \_\_\_\_\_

Orientações: \_\_\_\_\_

Como saiu: \_\_\_\_\_

Observações: \_\_\_\_\_