

FICHA DE ATENDIMENTO

Data: ____ / ____ / ____

Nome: _____

Nascimento: ____ / ____ / ____

Profissão: _____

Endereço: _____

Telefones: _____

Queixa Principal:

NÍVEL DE DOR: 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

Histórico Médico Geral:

Rotina e Atividade física:

Emoções:

Sono e sonhos:

Transpiração e Sensação Térmica:

Alimentação e Sabores:

Sede e ingestão de líquidos:

Fezes e urina:

Sintomas de cabeça e face:

Ginecologia e Andrologia:

Inspeção geral:

Pulso e língua:

ESQUERDA		DIREITA	
Coração	●	●	Pulmão
Fígado	●	●	Baço
Rim	●	●	Ming Men

Palpação pontos MU, SHU, trajetos e pontos:

P IG E BA C ID B R PC TA VB F
P1 - E25 - VC12 - F13 - VC14 - VC4 - VC3 - VB25 - VC17 - VC5 - VB24 - F14
B13 B25 B21 B20 B15 B27 B28 B23 B14 B22 B19 B18

Auscultação e olfação:

Síndrome e Princípio de tratamento:

Tratamento - Protocolo:

Ficha de Retorno

Data: ___ / ___ / ___

Relato geral:

NÍVEL DE DOR: 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

Pulso e língua:

ESQUERDA
Coração ●
Fígado ●
Rim ●

DIREITA
● Pulmão
● Baço
● Ming Men

Reavaliação:

Tratamento - Protocolo:

Ficha de Retorno

Data: ___ / ___ / ___

Relato geral:

NÍVEL DE DOR: 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

Pulso e língua:

ESQUERDA
Coração ●
Fígado ●
Rim ●

DIREITA
● Pulmão
● Baço
● Ming Men

Reavaliação

Tratamento - Protocolo: