



Ficha de Avaliação para Massagem Terapêutica

www.sogab.com.br (51) 30 668930 Esta ficha deve ser preenchida pelo profissional massoterapeuta.

Data: _____

Nome: _____

Idade: _____ Peso: _____ Altura: _____ IMC: _____ kg/m² Gênero: _____

Fone: _____ Fone de Familiar ou Responsável: _____

1 Queixa ou Objetivo(s):

2 Histórico de Doenças Atuais

- () dor na coluna () dores musculares () dores articulares
 () problemas cardíacos () problemas vasculares () problemas respiratórios.
 () hipertensão () depressão () Perfil Lipídico () Dislipidemias () outros

Especifique:

Aspecto Funcional da Dor:

- () ao caminhar (deambulação)
 () ao sentar (sedestação)
 () ao deitar. Decúbito? _____
 () em qualquer posição

3 Histórico Familiar

- () Problemas Respiratórios () Cardiovasculares () Hipertensão () Obesidade e Dislipidemias
 Especifique: _____

4 Atualmente realiza alguma espécie de tratamento:

- () Tratamento Médico: Dr.(a) _____ Fone: _____
 () Tratamento Fisioterapêutico: Dr. (a) _____ Fone: _____
 () Outro Tratamento

Observações:

5 Faz uso de medicação?

- () não () sim, especifique:

6 Sobre Possível Gestação? _____

Atesto para fins de direito que as informações que por mim aqui prestadas são verídicas, pois darão base para intervenções de massoterapia.

Data: _____

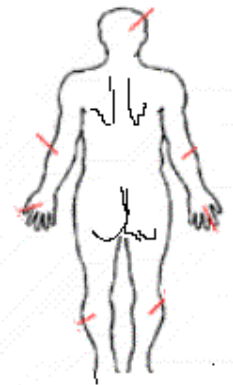
Assinatura do Paciente

Observações: _____

Vista Anterior



Vista Posterior



Resumo de Exames Complementares Diagnósticos e Informações Clínicas:

Tratamento Massoterápico:

