

# Ficha de Anamnese Podologia

Nome:		
DN:	RG:	
Endereço:	Bairro:	
Cidade:	UF:	CEP:
Fone fixo:	Celular:	
Email:		
Profissão:		
Estado Civil:		
Indicado por:		
Motivo da visita ou queixa principal:		

Já fez cirurgia nos membros Inferiores?  Sim  Não Quais: \_\_\_\_\_

Pratica algum esporte?  Sim  Não Quais: \_\_\_\_\_

Toma algum medicamento?  Sim  Não Quais: \_\_\_\_\_

Está grávida?  Sim  Não Quais: \_\_\_\_\_

Sensibilidade à dor  Muita  Suportável  Pouca  Nenhuma

## Possui

Marca passo ou pinos  Pressão Alta  Convulsões  Antecedentes cancerígenas  
 Diabetes  Problemas circulatórios

Vacina antitetânica?  Sim  Não

## OBSERVAÇÕES PROFISSIONAIS

Perfusão  Normal  Pálido  Cianótico PD: \_\_\_\_\_ PE: \_\_\_\_\_

Digito Pressão PD: \_\_\_\_\_ PE: \_\_\_\_\_

## Teste com Monofilamento (a/s ou s/s)

PD: \_\_\_\_\_  
PE: \_\_\_\_\_

## Patologia dermatológica presente

Ressecamento  Hiperidrose  Desidrose  Hiperqueratose  Micose plantar  
 Micose interdigital  Micose ungueal

## Patologia ungueal presente

Telha  Funil  Gancho  Distrofia

\* Veruga plantar  
° Calo  
• Calosidades  
W Fissuras



Vista Plantar



Vista Dorsal