

## Anamnese/ Avaliação Paciente





## FICHA CADASTRAL

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

NOME: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: ( ) F ( ) M ( ) NB

Profissão: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_

Endereço Residencial: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ Telefone: ( ) \_\_\_\_\_

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

Algun medicamento em uso ? ( ) Sim ( ) Não – Qual? \_\_\_\_\_

Alergias? \_\_\_\_\_

Motivo da consulta: \_\_\_\_\_

Histórico de doenças Anteriores: \_\_\_\_\_

Tabagisto? ( ) Sim ( ) Não ( ) Socialmente

Etilismo? ( ) Sim ( ) Não ( ) Socialmente

| Antecedentes Familiares    | Grau de parentesco |
|----------------------------|--------------------|
| Diabetes                   |                    |
| Câncer de Mama             |                    |
| Outro Câncer               |                    |
| Doenças Hematológicas      |                    |
| Outras Doenças Importantes |                    |

Fez alguma Cirurgia? ( ) Sim ( ) Não – Qual? \_\_\_\_\_

Exame Físico Sumário: \_\_\_\_\_

Observações: \_\_\_\_\_



**ABCGREF**

ACADEMIA BRASILEIRA DE GINECOLOGIA REGENERATIVA, ESTÉTICA E FUNCIONAL

**DADOS CLÍNICOS:**

- ☐ RESSECAMENTO VAGINAL
- ☐ INCONTINÊNCIA URINÁRIA
- ☐ ESCURECIMENTO ÍNTIMO
- ☐ COCEIRA ÍNTIMA

- ☐ SANGRAMENTO ANORMAL
- ☐ AUMENTO DOS LÁBIOS INTERNOS
- ☐ VAGINA LARGA
- ☐ CANDIDÍASE DE REPETIÇÃO

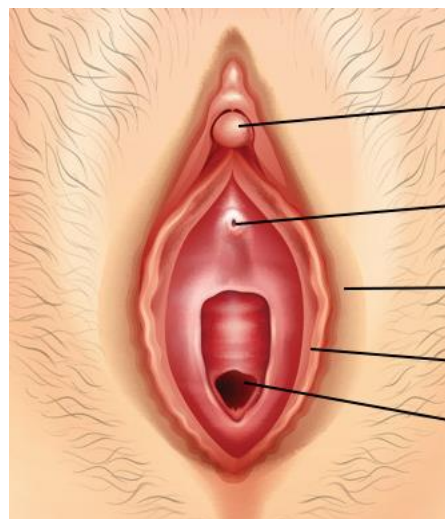
☐ OUTROS: \_\_\_\_\_

**CIRURGIAS:**

☐ SIM      ☐ NÃO      QUAL(IS)? \_\_\_\_\_

**DEPILAÇÃO:**

☐ CERA      ☐ GILETE      ☐ LASER      QUANTAS SESSÕES? \_\_\_\_\_





# ABGREF

ACADEMIA BRASILEIRA DE GINECOLOGIA REGENERATIVA, ESTÉTICA E FUNCIONAL

## RECEITUÁRIO

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

