

FICHA DE ANAMNESE

Dr. Nicholas Trajano | Odontologia Domiciliar & Musicoterapia

Preencher antes do primeiro atendimento domiciliar.

1. DADOS DO PACIENTE

Nome completo

Data de nascimento

Telefone / WhatsApp

Endereço completo (local do atendimento)

Contato de emergência

Parentesco / Responsável

2. RESPONSÁVEL / CUIDADOR (se aplicável)

Nome do responsável ou cuidador

Telefone

Grau de parentesco

3. HISTÓRICO DE SAÚDE

Condições de saúde (marcar todas que se aplicam):

☐ Hipertensão

☐ Diabetes

☐ Cardiopatia

☐ Alzheimer

☐ Parkinson

☐ Outra demência

☐ AVC

☐ Depressão

☐ Ansiedade

☐ Acamado(a)

☐ Mobilidade reduzida

☐ Outra

Outras condições / detalhes do diagnóstico

Medicamentos em uso (nome e dosagem)

Alergias:

☐ Nenhuma

☐ Medicamentos

☐ Latex

☐ Anestésicos

☐ Outras

Quais alergias / observações

4. SAUDE BUCAL (atendimento odontologico)

Situacao atual:

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ Dor de dente | ☐ Protese dentaria | ☐ Dificuldade p/ mastigar |
| ☐ Sangramento gengival | ☐ Mau halito | ☐ Sem queixas |

Observacoes sobre saude bucal

5. MUSICOTERAPIA / SAUDE MENTAL (se aplicavel)

Objetivos do acompanhamento:

- | | | |
|--|---|---------------------------------------|
| ☐ Estimulo cognitivo | ☐ Memoria | ☐ Socializacao |
| ☐ Bem-estar emocional | ☐ Atividade em grupo | ☐ Outro |

Musicas / estilos preferidos do paciente

Observacoes gerais (rotina, comportamento, orientacoes da familia)

6. AUTORIZACAO

Autorizo o atendimento domiciliar e confirmo que as informacoes acima sao verdadeiras.

Assinatura do paciente ou responsavel

Data