

Nome : _____

Endereço : _____

Telefone : _____ Data nasc. : _____

Data de abertura da ficha: _____ CPF : _____

Primeira vez em acupuntura : ____ Sim ____ Não Indicação : _____

Histórico de saúde :

G P A

Medicamentos :

Tuberculose/HIV/Hepatite ☐ Sim ☐ Não - Anticoagulante ☐ Sim ☐ Não - Cortisona ☐ Sim ☐ Não

Implante cardíaco ☐ Sim ☐ Não - Implante/prótese ☐ Sim ☐ Não - Implante mamário : ☐ Sim ☐ Não



RC e Revisão de sistema :

Exercício físico / Qualidade de vida / Alimentação / Álcool / Café / Cigarro / Drogas



Tratamento nº : _____

Nº ficha _____
Data : _____

Pontos / Estimulação	In	Out

Tratamento nº : _____

Data : _____

Pontos / Estimulação	In	Out

Tratamento nº : _____

Data : _____

Pontos / Estimulação	In	Out



Tratamento nº : _____

Data : _____

Pontos / Estimulação	In	Out

Tratamento nº : _____

Data : _____

Pontos / Estimulação	In	Out

Tratamento nº : _____

Data : _____

Pontos / Estimulação	In	Out



Tratamento nº : _____

Nº ficha _____

Data : _____

Pontos / Estimulação	In	Out

Tratamento nº : _____

Data : _____

Pontos / Estimulação	In	Out

Tratamento nº : _____

Data : _____

Pontos / Estimulação	In	Out

Tratamento nº : _____

Nº ficha _____

Data : _____

Pontos / Estimulação	In	Out

Tratamento nº : _____

Data : _____

Pontos / Estimulação	In	Out

Tratamento nº : _____

Data : _____

Pontos / Estimulação	In	Out



Tratamento nº : _____

Nº ficha _____

Data : _____

Pontos / Estimulação	In	Out

Tratamento nº : _____

Data : _____

Pontos / Estimulação	In	Out

Tratamento nº : _____

Data : _____

Pontos / Estimulação	In	Out



Tratamento nº : _____

Nº ficha _____

Data : _____

Pontos / Estimulação	In	Out

Tratamento nº : _____

Data : _____

Pontos / Estimulação	In	Out

Tratamento nº : _____

Data : _____

Pontos / Estimulação	In	Out

Tratamento nº : _____

Nº ficha _____

Data : _____

Pontos / Estimulação	In	Out

Tratamento nº : _____

Data : _____

Pontos / Estimulação	In	Out

Tratamento nº : _____

Data : _____

Pontos / Estimulação	In	Out



Tratamento nº : _____

Nº ficha _____

Data : _____

Pontos / Estimulação	In	Out

Tratamento nº : _____

Data : _____

Pontos / Estimulação	In	Out

Tratamento nº : _____

Data : _____

Pontos / Estimulação	In	Out



Tratamento nº : _____

Nº ficha _____

Data : _____

Pontos / Estimulação	In	Out

Tratamento nº : _____

Data : _____

Pontos / Estimulação	In	Out

Tratamento nº : _____

Data : _____

Pontos / Estimulação	In	Out



Tratamento nº : _____

Nº ficha _____

Data : _____

Pontos / Estimulação	In	Out

Tratamento nº : _____

Data : _____

Pontos / Estimulação	In	Out

Tratamento nº : _____

Data : _____

Pontos / Estimulação	In	Out



Tratamento nº : _____

Nº ficha _____

Data : _____

Pontos / Estimulação	In	Out

Tratamento nº : _____

Data : _____

Pontos / Estimulação	In	Out

Tratamento nº : _____

Data : _____

Pontos / Estimulação	In	Out



Tratamento nº : _____

Nº ficha _____

Data : _____

Pontos / Estimulação	In	Out

Tratamento nº : _____

Data : _____

Pontos / Estimulação	In	Out

Tratamento nº : _____

Data : _____

Pontos / Estimulação	In	Out



