

## MODELO ESPECIAL PARA REGISTO DE DADOS CLÍNICOS DE CEFALEIAS DO TIPO NUMULAR

**Nome: Completo (opcional) / Iniciais**

**Data de nascimento**                      **Idade (cálculo automático?)**

**Sexo M F**

**Naturalidade: Concelho**                      **Distrito**

**País (opções)**

**Estado civil: actual (opções)**

**Profissão: Actual**                                      **Anterior**

**Nº Processo/Registo**

**Data de início dos sintomas**

**Primeiro sintoma**

**Dor: local**

**forma**

**dimensão (diâmetro - cm)**

**Episódica**

**frequência**

**/unidade de tempo**

**Contínua**

**Duração**

**/unidade de tempo**

**Sintomas associados**

**Factores desencadeantes**

**Factores de agravamento**

**Factores de alívio: ambientais**

**farmacológicos**

**Hábitos sociais**

**Antecedentes patológicos:**

**Pessoais**

**Familiares**

**Exame físico:**

**Geral**

**Neurológico**

**Hiperestesia**

**Disestesia**

**Anestesia**

**Diagnóstico provisório**

**Meios auxiliares de diagnóstico**

**Tratamentos:**

**Anteriores**

**Resultado**

**Actual**

**Resultado**

**Diagnóstico definitivo**

**Evolução clínica**