

MODELO ESPECIAL PARA REGISTO DE DADOS CLÍNICOS DE CEFALEIAS DO TIPO SUNCT

Nome: Completo (opcional) / Iniciais

Data de nascimento **Idade (calculado 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	orbital	supra-orbital	temporal
	Episódica	frequência	/unidade de tempo	Contínua
	Duração	/unidade de tempo		
	Qualidade	pulsátil	persistente	Outra

Sintomas associados

Hiperemia conjuntival	Lacrimejo	Outro
------------------------------	------------------	--------------

Factores desencadeantes

Factores de agravamento

Factores de alívio: ambientais	farmacológicos
---------------------------------------	-----------------------

Hábitos sociais

Antecedentes patológicos:

Pessoais

Familiares

Diagnóstico provisório

Meios auxiliares de diagnóstico

Tratamentos:

Anteriores	Resultado
-------------------	------------------

Actual	Resultado
---------------	------------------

Diagnóstico definitivo

Evolução clínica