

MODELO GERAL PARA REGISTO DE DADOS CLÍNICOS DE CEFALÉIAS

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

Sintomas associados

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