


## DADOS PESSOAIS

Nome: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_   
Email: \_\_\_\_\_ Religião \_\_\_\_\_  
Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_  
Estado Civil: \_\_\_\_\_ Tem filhos? \_\_\_\_\_ Quantos? \_\_\_\_\_

## ANAMNESE

Diabete? Tipo \_\_\_\_\_ Alergia, Qual? \_\_\_\_\_ Marca passo? \_\_\_\_\_  
Cirurgias? \_\_\_\_\_ Qual? \_\_\_\_\_ Doença Cardíaca? \_\_\_\_\_  
Usa medicamentos? \_\_\_\_\_ Quais? \_\_\_\_\_ Quanto Tempo? \_\_\_\_\_  
Menstruação: Fluxo Forte ( ) Irregular Regular ( ) Gravidez \_\_\_\_\_ Tempo \_\_\_\_\_  
Menopausa ou Andropausa: \_\_\_\_\_  
Vícios: Cigarro ( ) Álcool ( ) Charutos ( ) Cachimbos ( ) Cocaína ( ) Crak ( ) Maconha ( )  
Outros: \_\_\_\_\_ Utiliza às vezes \_\_\_\_\_  
Algum tipo de Hérnia? \_\_\_\_\_ Osteoporose ou outros? \_\_\_\_\_  
Queixas físicas, quando iniciaram? Sua atitude diante dela?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Quais as queixas mentais e emocionais: medo ( ) ansiedade ( ) raiva ( ) agressividade ( ) tristeza ( ) apego ( ) melancolia.  
Descreva:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Qual horário das refeições? Mastiga bem os alimentos? Qual o tempo das refeições?

Quais os sabores que mais gosta? (Salgado, Doce, Amargo, Adstringente, Amargo, Azedo)

Se alimenta com algo que te faça mal? \_\_\_\_\_  
Qual alimento te faz bem? \_\_\_\_\_  
Como é sua digestão? \_\_\_\_\_  
Como funciona seu intestino? \_\_\_\_\_  
Descreva seu sono \_\_\_\_\_  
Descreva sua memória \_\_\_\_\_

### Malas - Excreções / Características - Cor, odor, Consistência, Frequência

Fezes: \_\_\_\_\_  
Suor: \_\_\_\_\_  
Urina: \_\_\_\_\_  
Mucos na Garganta: \_\_\_\_\_  
Mucos dos Sinus (Nariz) \_\_\_\_\_  
Mucos- Outros \_\_\_\_\_

### Preferências:

Pratica alguma atividade física? \_\_\_\_\_ Qual? \_\_\_\_\_  
O que praticada em seu tempo livre? \_\_\_\_\_  
Qual a estação do ano que você mais gosta? \_\_\_\_\_  
Que tipo de trabalho você faz? \_\_\_\_\_  
Se sente feliz com ele? \_\_\_\_\_. O que gostaria de fazer? \_\_\_\_\_

### Histórias da Vida

Como estão seus relacionamentos (família, amigos, amor) como estão:

Mãe \_\_\_\_\_  
Pai \_\_\_\_\_  
Filhos \_\_\_\_\_  
Pessoa amada \_\_\_\_\_  
Amigos \_\_\_\_\_  
Como foi sua infância? \_\_\_\_\_  
Fale sobre seu pai: \_\_\_\_\_  
Fale sobre sua mãe: \_\_\_\_\_  
Quais doenças graves na família? \_\_\_\_\_  
Fale um pouco da sua rotina diária: \_\_\_\_\_

Você segue alguma religião ou filosofia de vida? \_\_\_\_\_ Qual? \_\_\_\_\_

### Avaliação do Terapeuta

#### Sinais do corpo:

Língua \_\_\_\_\_  
Unha \_\_\_\_\_  
Pele \_\_\_\_\_  
Olhos \_\_\_\_\_  
Srotas \_\_\_\_\_  
Dhatus \_\_\_\_\_  
Pulso \_\_\_\_\_  
Prakruti \_\_\_\_\_ Vikruti \_\_\_\_\_ Gunas \_\_\_\_\_

Recomendações \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Terapeuta/Nome/Assinatura

## ASPECTOS MENTAIS

Coloque um X ao lado de uma das três opções

	<b>SATTWA</b>	<b>RAJAS</b>	<b>TAMAS</b>
<b>Dieta</b>	Vegetariana	Pouca carne	Totalmente carnívoro
<b>Drogas, álcool e estimulantes</b>	Nunca	Ocasionalmente	Freqüentemente
<b>Sensibilidade</b>	Calmo, puro	Misto	Perturbado
<b>Controle dos sentidos</b>	Bom	Moderado	Fraco
<b>Fala</b>	Calma e pacífica	Agitada	Embotada (sem clareza)
<b>Limpeza</b>	Elevada	Moderada	Baixa
<b>Trabalho</b>	Abnegado	Para objetivos pessoais	Preguiçoso, malandro
<b>Raiva</b>	Raramente	Ocasionalmente	Freqüentemente
<b>Medo</b>	Raramente	Algumas vezes	Freqüentemente
<b>Desejos</b>	Poucos sem identificação	Alguns, às vezes para os outros (reconhecimento)	Muitos, só pessoais
<b>Orgulho</b>	Modéstia	Orgulhoso	Vaidoso
<b>Depressão</b>	Nunca	Algumas vezes	Freqüentemente
<b>Amor</b>	Universal	Pessoal	Falta de amor
<b>Contentamento</b>	Usualmente	Parcialmente	Nunca
<b>Perdão</b>	Perdoa facilmente	Com esforço	Alimenta rancores prolongados
<b>Concentração</b>	Boa	Moderada	Fraca
<b>Memória</b>	Boa	Moderada	Fraca
<b>Força de Vontade</b>	Intensa	Variável	Débil
<b>Honestidade</b>	Sempre	Maior parte do tempo	Raramente
<b>Paz na Mente</b>	Geralmente, freqüente	Parcialmente	Raramente
<b>Criatividade</b>	Elevada	Moderada	Baixa
<b>Estudos Espirituais</b>	Diariamente	Ocasionalmente	Nunca
<b>Mantra, Orações</b>	Diariamente	Ocasionalmente	Nunca
<b>Meditação</b>	Diariamente	Ocasionalmente	Nunca
<b>Serviço desinteressado</b>	Muito	Algum	Nenhum
<b>TOTAL</b>			