



Um **RELATÓRIO CLÍNICO** bem estruturado é essencial para garantir uma comunicação clara e precisa entre os profissionais de saúde e para manter um registo adequado da avaliação e tratamento do paciente. Um bom relatório clínico deve ser detalhado, organizado e objetivo, seguindo um formato que inclua todas as informações relevantes sobre o paciente, o diagnóstico e o tratamento.

Abaixo estão os 10 principais itens que devem estar presentes num relatório clínico:

1. Identificação do Paciente

- **Nome (fictício, siglas ou código - académico)**
- **Data de nascimento / idade**
- **Género**
- **Profissão/ localidade residência**
- **Data da consulta**
- **Identificação do estudante/profissional de saúde** que elabora o relatório

2. Motivo da Consulta

- Descrição breve e objetiva do **motivo pelo qual o paciente procurou atendimento**

3. História Clínica (Anamnese)

- **História da doença atual:** Descrição detalhada dos sintomas atuais (quando começaram, duração, intensidade, fatores de agravamento ou alívio, etc.).
- **História médica passada:** Doenças anteriores relevantes, cirurgias, hospitalizações, etc.
- **Medicação atual:** Medicamentos em uso no momento, incluindo dosagem e frequência.
- **Alergias:** Alergias medicamentosas ou a outras substâncias.
- **História social:** Hábitos de vida (tabagismo, consumo de álcool, prática de exercício, condições de habitação, ocupação).
- **História familiar:** Doenças hereditárias ou condições de saúde que possam influenciar o diagnóstico.

4. Exame Físico

- Descrição dos **achados do exame físico** realizado durante a consulta.
- Inclua observações sobre sinais vitais (temperatura, pressão arterial, frequência cardíaca, saturação de oxigénio), bem como o exame dos diferentes sistemas. (Iridologia, pulsologia, biorressonância, etc.).



5. Resultados de Exames Complementares (se aplicável)

- Relatório de **exames laboratoriais** ou **exames de imagem** (como análises de sangue, radiografias, ecografias, tomografias) já realizados.
- Se os exames ainda não foram realizados, deve-se incluir a solicitação dos exames a serem feitos.

6. Diagnóstico ou Hipótese Diagnóstica

- **Diagnóstico definitivo** ou, se ainda não confirmado, as **hipóteses diagnósticas** mais prováveis com base na avaliação clínica e nos exames realizados.
- Caso seja uma hipótese diagnóstica, inclua o plano de ação para a confirmação do diagnóstico.

7. Plano de Tratamento

- **Conduta terapêutica:** Descrever claramente o plano de tratamento, que pode incluir medicação/suplementação, mudanças no estilo de vida, encaminhar para outras TNC / medicina convencional, entre outros.
- **Prescrição de medicamentos:** Nome dos medicamentos, dosagem, via de administração e duração do tratamento.
- **Orientações complementares**
- **Apresentar estudos que sustentam terapias e terapêuticas (ACADEMIA)**

8. Prognóstico

- **ANÁLISE CRÍTICA ao caso clínico com novas possibilidades e propostas terapêuticas (apenas em academia)**
- Avaliação do **prognóstico** do paciente com base no diagnóstico e na resposta esperada ao tratamento.

9. Plano de Seguimento

- **Consultas de seguimento:** Indicar quando o paciente deve retornar para reavaliação ou novos exames. **(data e hora marcada)**

10. Conclusão e Encerramento

- Resumo das informações mais importantes e próximas etapas a serem seguidas no acompanhamento.
- Assinatura, carimbo e número de registo profissional de saúde responsável pelo relatório.
- **Data da elaboração** do relatório e **assinatura** (digital ou física) do profissional de saúde, com identificação clara (nome e número da cédula).