[Nome do consultório ou da clínica]

[Endereço ou telefone do consultório]

FICHA DE ANAMNESE

Antes da sua consulta

As respostas ajudam o(a) Dr(a). [nome] a aproveitar melhor o tempo com você. Se não souber ou preferir falar pessoalmente, marque essa opção ou deixe em branco.

Nome completo | Data de nascimento | Data de hoje

1. O que traz você à consulta?

Em poucas palavras.

2. Você tem ou já teve alguma doença diagnosticada? Quais?

☐ Não ☐ Não sei ☐ Prefiro falar na consulta

3. Já fez cirurgia ou ficou internado(a)? Qual e quando, aproximadamente?

☐ Não ☐ Prefiro falar na consulta

4. Usa algum medicamento, vitamina ou suplemento?

Escreva o nome e como toma, como está na caixa ou na receita.

☐ Não uso ☐ Prefiro falar na consulta

5. Tem alergia a medicamento, alimento ou outra substância?

☐ Sim: qual? ☐ Não ☐ Não sei

6. Há doenças importantes na sua família?

Pais, irmãos, avós.

☐ Não ☐ Não sei ☐ Prefiro falar na consulta

7. Hábitos

[Perguntas escolhidas pelo médico. Uma pergunta por vez: por exemplo, "Você fuma?" separado de "Você bebe?".]

8. Há algo que você gostaria que o(a) médico(a) soubesse antes da consulta?

Suas respostas ficam no seu prontuário e são lidas pelo(a) médico(a). Para saber como tratamos seus dados, veja [onde consultar o aviso de privacidade]. Você pode deixar em branco qualquer pergunta. Entregue a ficha em mãos ao(à) médico(a) ou em envelope fechado, e não a envie por mensagem.

Para o(a) médico(a): relato do paciente conferido na consulta

Data _____ Hora _____ Assinatura _____ CRM _____

NOTAS PARA O CONSULTÓRIO

Como usar esta ficha de anamnese

Modelo de estrutura geral para a parte que o paciente adianta. As perguntas de cada especialidade são decisão clínica sua. A ficha completa da consulta tem oito blocos: identificação, queixa principal, história da doença atual, antecedentes pessoais, medicamentos e alergias, antecedentes familiares, hábitos de vida e revisão por sistemas. A história da doença atual e a revisão por sistemas ficam para a conversa, porque as perguntas dependem das respostas anteriores.

Antes de imprimir

- Troque os textos entre colchetes: o nome do consultório, o endereço ou telefone, o nome do(a) médico(a), as perguntas de hábitos e onde consultar o aviso de privacidade.
- Retire campos sem finalidade definida e mantenha os dados obrigatórios do prontuário. A identificação completa vem do cadastro.
- Envie antes, e não na sala de espera. Com dois ou três dias, o paciente responde com calma, com as caixas dos medicamentos à mão.
- Nunca faça a anamnese no balcão. A recepção pode entregar ou enviar a ficha, não conduzir a entrevista clínica; as respostas vão direto para o médico.
- O que o paciente escreve é relato: você lê, pergunta, corrige e decide o que entra no registro. Registre ao final data, hora, assinatura e CRM.
- Guarde a ficha com o prontuário. São dados de saúde: o lugar delas não é uma planilha nem a galeria do celular.

O que diz a regra

A anamnese faz parte da consulta. A Resolução CFM nº 1.958/2010 define que a consulta "compreende a anamnese, o exame físico e a elaboração de hipóteses ou conclusões diagnósticas, solicitação de exames complementares, quando necessários, e prescrição terapêutica como ato médico completo" (art. 1º).

O que o prontuário precisa ter. A Resolução CFM nº 1.638/2002 lista, em qualquer suporte, a identificação do paciente (art. 5º, I, a) e o conteúdo clínico: anamnese, exame físico, exames complementares e resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado (art. 5º, I, b). O Código de Ética Médica pede prontuário legível, preenchido em cada avaliação, em ordem cronológica, com data, hora, assinatura e CRM (art. 87, § 1º), veda permitir o manuseio dos prontuários por pessoas não obrigadas ao sigilo (art. 85) e manda orientar os auxiliares a respeitar o sigilo (art. 78). Nenhum desses textos traz um formulário pronto: esta ficha é um modelo.

Dados. As respostas são dados referentes à saúde, que a LGPD trata como dados pessoais sensíveis (art. 5º, II), e o tratamento se limita "ao mínimo necessário para a realização de suas finalidades" (art. 6º, III). A lei permite tratar dados sensíveis sem consentimento quando indispensável ao cumprimento de obrigação legal ou regulatória ou à tutela da saúde, nas hipóteses do art. 11, II, a e f. O paciente tem direito a saber como os dados serão usados (art. 9º).

Teleconsulta. Os dados de anamnese devem ser preservados sob a guarda do médico responsável, em consultório próprio, ou do diretor ou responsável técnico quando houver participação de empresa ou instituição (Resolução CFM nº 2.314/2022, art. 3º, § 3º).

Fontes

- Resolução CFM nº 1.638/2002 (prontuário médico). Resolução CFM nº 1.958/2010 (consulta médica). Resolução CFM nº 2.217/2018 (Código de Ética Médica). Resolução CFM nº 2.314/2022 (telemedicina). Conselho Federal de Medicina.
- Lei nº 13.709/2018 (LGPD), texto compilado. Presidência da República.

Conteúdo informativo, não substitui orientação jurídica. Fontes lidas em 18/11/2026. Versão 1.0, novembro de 2026. Dicas e perguntas frequentes: vincare.app/materiais/ficha-de-anamnese-pdf/