

# QUESTIONÁRIO AUTO-REFERIDO DE CONDIÇÕES / SITUAÇÕES DE SAÚDE

Legenda:  Opção Múltipla de Escolha     Opção Única de Escolha    (Marcar X na opção desejada)

|  |  |
|--|--|
| <b>CONDIÇÕES / SITUAÇÕES DE SAÚDE GERAIS</b>   |  |
| ESTÁ GESTANTE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não   | SE SIM, QUAL É A MATERNIDADE DE REFERÊNCIA?  |
| SOBRE SEU PESO, VOCÊ SE CONSIDERA?<br><input type="radio"/> Abaixo do Peso <input type="radio"/> Peso Adequado <input type="radio"/> Acima do Peso   | TEM DOENÇA RESPIRATÓRIA / NO PULMÃO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não<br>SE SIM, QUAL?<br><input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> DPOC/Enfisema <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Não Sabe |
| ESTÁ FUMANTE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não  | ESTÁ COM HANSENÍASE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não   |
| ESTÁ DEPENDENTE OU ABUSA DE ALCOOL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não  | ESTÁ COM TUBERCULOSE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não  |
| ESTÁ DEPENDENTE OU ABUSA DE OUTRAS DROGAS? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não   | TEM OU TEVE CÂNCER? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não  |
| TEM HIPERTENSÃO ARTERIAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não  | TEVE ALGUMA INTERNAÇÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não<br>SE SIM, QUAL A CAUSA?  |
| TEM DIABETES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não  | FEZ OU FAZ TRATAMENTO COM PSQUIATRA OU TEVE INTERNAÇÃO POR PROBLEMA DE SAÚDE MENTAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não   |
| TEVE AVC / DERRAME? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não  | ESTÁ ACAMADO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não  |
| TEVE INFARTO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não  | ESTÁ DOMICILIADO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não  |
| TEM DOENÇA CARDÍACA / DO CORAÇÃO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não<br>SE SIM, QUAL?<br><input type="checkbox"/> Insuficiência Cardíaca <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Não Sabe | USA PLANTAS MEDICINAIS? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não<br>SE SIM, QUAIS?  |
| TEM OU TEVE PROBLEMAS NOS RINS? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não<br>SE SIM, QUAIS?<br><input type="checkbox"/> Insuficiência Renal <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Não Sabe     | USA OUTRAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não   |
| OUTRAS CONDIÇÕES DE SAÚDE<br>1 - QUAL?    2 - QUAL?    3 - QUAL?   |  |

|   |  |
|---|--|
| <b>EM SITUAÇÃO DE RUA</b>   |  |
| QUANTAS VEZES SE ALIMENTA AO DIA?<br><input type="radio"/> 1 vez <input type="radio"/> 2 ou 3 vezes <input type="radio"/> mais de 3 vezes   | TEM ACESSO A HIGIENE PESSOAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não  |
| QUAL A ORIGEM DA ALIMENTAÇÃO?<br><input type="checkbox"/> Restaurante Popular <input type="checkbox"/> Doação Restaurante <input type="checkbox"/> Outros<br><input type="checkbox"/> Doação Grupo Religioso <input type="checkbox"/> Doação de Popular | SE SIM, QUAIS?<br><input type="checkbox"/> Banho <input type="checkbox"/> Acesso ao Sanitário <input type="checkbox"/> Higiene Bucal <input type="checkbox"/> Outros |

**TERMO DE RECUSA DO CADASTRO INDIVIDUAL DA ATENÇÃO BÁSICA**

Eu, \_\_\_\_\_ portador do RG nº \_\_\_\_\_, gozando de plena consciência dos meus atos, recuso este cadastro, mesmo que isso facilite o acompanhamento a minha saúde e de meus familiares. Estou ciente de que essa recusa não implicará no não atendimento na unidade de saúde.

\_\_\_\_\_

Assinatura