

QUESTIONÁRIO AUTO-REFERIDO DE CONDIÇÕES / SITUAÇÕES DE SAÚDE

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

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

EM SITUAÇÃO DE RUA	
QUANTAS VEZES SE ALIMENTA AO DIA? ☐ 1 vez ☐ 2 ou 3 vezes ☐ mais de 3 vezes	TEM ACESSO A HIGIENE PESSOAL? ☐ Sim ☐ Não
QUAL A ORIGEM DA ALIMENTAÇÃO? ☐ Restaurante Popular ☐ Doação Restaurante ☐ Outros ☐ Doação Grupo Religioso ☐ Doação de Popular	SE SIM, QUAIS? ☐ Banho ☐ Acesso ao Sanitário ☐ Higiene Bucal ☐ 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