

CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE GERAIS

ÍNDICE DE MASSA CORPORAL

PESO: _____ ALTURA: _____ IMC: _____
CLASSIFICAÇÃO: _____

USO DE DROGAS

☐ Tabaco ☐ Álcool ☐ Outra: _____

POSSUI DOENÇA(S) CRÔNICA(S)?

☐ Sim ☐ Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).

☐ Hipertensão Arterial ☐ DM ☐ IR ☐ Outra: _____

POSSUI HISTÓRICO DE DOENÇA CARDIOVASCULAR?

☐ Sim ☐ Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).

☐ Insuficiência Cardíaca ☐ IAM ☐ AVC ☐ Outra: _____

TEM DOENÇA RESPIRATÓRIA/NO PULMÃO?

☐ Sim ☐ Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).

☐ Asma ☐ DPOC/Enfisema ☐ Outra: _____

TEM OU TEVE CÂNCER?

☐ Sim ☐ Não

APRESENTA SINTOMAS DE HANSENÍASE / TUBERCULOSE?

☐ Sim ☐ Não

FAZ USO DE MEDICAMENTOS?

SE SIM, QUAIS?

SE MULHER

REALIZOU COLETA DE PREVENTIVO NO ÚLTIMO ANO? ☐ Sim ☐ Não

REALIZOU MAMOGRAFIA NO ÚLTIMO ANO? ☐ Sim ☐ Não ☐ N/A

ESTÁ GESTANTE?

☐ Sim ☐ Não

SE SIM, RESPONDA A SEGUIR:

DPP: ____/____/____ Hospital de Referência: _____

POSSUI VIDA SEXUAL ATIVA?

☐ Sim ☐ Não

FAZ USO DE METODOS CONTRACEPTIVOS?

☐ Preservativo ☐ Contraceptivo Oral / Injetável ☐ Outro: _____

TEVE ALGUMA INTERNAÇÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES?

☐ Sim ☐ Não

SE SIM, POR QUAL CAUSA?

TEVE DIAGNÓSTICO DE ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE MENTAL POR PROFISSIONAL DE SAÚDE?

☐ Sim ☐ Não

ESTÁ ACAMADO OU DOMICILIADO

☐ Sim ☐ Não

JÁ REALIZOU OS TESTES RÁPIDOS PARA

☐ HIV ☐ Sífilis ☐ Hep. B ☐ Hep. C

CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE ESPECÍFICAS

UTILIZAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE

☐ Sempre ☐ Raramente ☐ Nunca

Observação: _____

ATENÇÃO A DOENÇA CRÔNICA

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR

☐ Risco Baixo ☐ Risco Moderado ☐ Risco Alto

SAÚDE DO IDOSO

IVCF - 20

Score: _____ ☐ Robusto ☐ Em Risco ☐ Frágil

AVD BÁSICA E INSTRUMENTAL

☐ Independência ☐ Semi-Dependência
☐ Dependência Incompleta ☐ Dependência Completa

MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL

Score: _____ Observações: _____

ESCALA GERIÁTRICA DE DEPRESSÃO

Score: _____ Observações: _____

ESCALA DE ZARIT - SOBRECARGA DO CUIDADOR

Score: _____ Observações: _____

SAÚDE MENTAL

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO EM SAÚDE MENTAL

☐ Risco Baixo ☐ Risco Moderado ☐ Risco Alto

Observações: _____

VACINAÇÃO

SITUAÇÃO VACINAL EM DIA?

☐ Sim ☐ Não

SE NÃO, DESCREVA AS FALTANTES

RELATÓRIO

