

Entrevisador/Colerador:

FIM DA ENTREVISTA.

Nas cabegáas encontro fungo (sim/não)?

Nas unhas, apresenta fungo (sim/não)?

Cogáa (intensidade):

Descamagáo (sim/não):

Diametro:

Aspecto:

Cor:

Encontrou mancha no corpo?

Após o exame físico

Qual sua profissáo?

Como é sua casa?

Voce mora na área urbana ou rural?

DADOS COMPLEMENTARES

12 - Divide roupas com outras pessoas?

11 - Costuma usar chapéu, guarda-sol, algo para se proteger do sol?

10 - Voce usa protetor solar?

9 - Voce lava os cabelos todos os dias (usa shampoo, condicionador, sabão, sabonete)?

8 - Durante o banho o que voce costuma usar no corpo (sabão, sabonete)

7 - Voce toma quantos banhos ao dia?

6 - Em casos de feridas (cogáa, tem pus, doi, quanto tempo, usa algum remédio para tratar)?

5 - Tem alguma parte de seu corpo de cogáa (pode ser na cabegáaa ou nas unhas)?

4 - Voce tem algum cardo no corpo ou na cabegáaa?

3 - Em sua casa algum já teve ou tem alguma doença de Pele?

2 - Voce tem algum macha na pele (doi, cogáa, muda de cor)?

1 - Voce já teve alguma doença de pele?

Name: _____ N° de Controle: _____

ANEXO 4: Doenças de Pele

PAIMAB

PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL AO IDOSO NA AMAZÔNIA BRASILEIRA -

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARA

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL





SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL AO IDOSO NA AMAZÔNIA BRASILEIRA - PAIAMAB

ANEXO 5: PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO

Nome: _____ Nº de Controle: 056 / GO

1- Informações do paciente

PACIENTE: _____ LÂMINA: _____
COLETADORA: _____ IDADE: _____ anos DATA: _____ / _____ / _____

2- Dados da anamnese

Idade da primeira menstruação: _____ anos

Idade da ultima menstruação: _____ Início da vida sexual: _____ anos

Nº de parceiros desde o inicio da vida sexual: _____ No último ano: _____ parceiros

Qual método contraceptivo já utilizou? _____

Possui filhos? _____ Quantos? _____ Nº de partos normais: _____

Idade do primeiro parto: _____ Aborto? _____ Quantos? _____

Higiene intima interna: [] SIM [] NÃO

Reposição hormonal: [] SIM, tempo: _____ [] NÃO

Apresenta algum problema ginecológico: [] Corrimento [] Sangramento [] Dores

[] Coceira [] Odor forte [] Ardência ao urinar [] Outros _____

Faz exame preventivo periodicamente (anual): [] SIM [] NÃO [] 1º COLETA

Em qual mês e ano fez o ultimo exame preventivo: _____ / _____

Resultado do ultimo exame preventivo: [] NORMAL [] ALTERADO COM TRATAMENTO

[] ALTERADO SEM TRATAMENTO

Possui alguma doença crônica? _____ Qual? _____

Fez alguma cirurgia? _____ Qual órgão? _____

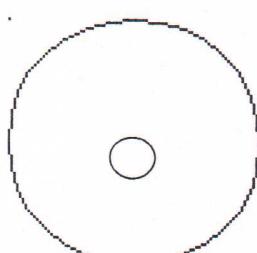
[] CAUTERIZAÇÃO [] BIOPSIA [] RADIOTERAPIA

Aspectos do colo do útero

[] HIPEREMIADO

[] FERIDO

[] ECTOPIA



OUTROS: _____

FIM DA ENTREVISTA.

Entrevistador/Coletador: _____ Data: _____ / _____ / _____



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL AO IDOSO NA AMAZÔNIA BRASILEIRA - PAIAMAB

ANEXO 6: AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

Nome: _____ Nº de Controle: _____ / _____

1) Avaliação Antropométrica

Peso (kg): _____ Altura (m): _____ IMC (KG/m²): _____

Diagnóstico Nutricional: _____ CC (cm): _____ Classificação: _____

2) Dados Clínicos:

História/ QP/ Diagnóstico Clínico:

O que interfere na sua alimentação? (causas para o problema)

Quando decide emagrecer, que atitudes toma? (O que deixa de comer?)

Mudança da Consistência da Alimentação: Não () Sim () _____

Apetite/ Consumo Alimentar: Abaixo do Normal () Normal () Acima do Normal () Porque:

Medicamentos: () Sim () Não

Qual?

2.1) HISTÓRICO FAMILIAR

PATOLOGIAS	MÃE	PAI	AVÔS MATERNOS	AVÔS PATERNOS
Hipertensão Arterial Sistêmica				
Diabetes Mellitus (1/2)				
Infarto Agudo do Miocárdio				
AVC				
Trombose				
Dislipidemias				
Intolerância ou Alergia Alimentar				
Câncer				
Obesidade				
Outras				

2.2) REVISÃO DE SISTEMAS

• Sistema Digestório

Boca: () afta () sangramento () prótese

Mastigação _____ Outros _____

Esôfago: () pirose () disfagia () Refluxo Gastro-Esofágico Outros _____

Estômago: () gastrite () úlceras () náuseas () vômito Dores _____

Outros: _____

Intestino: Freqüência das evacuações _____ Consistência das fezes _____

Dores abdominais _____ () obstipação

Reto: () Dores ao evacuar () Sangramento

Fígado: () hepatite Qual? _____ () cirrose Outros _____

OBS: _____

• Sistema Renal

Características da urina: _____ freqüência _____ () dores ao urinar

• Sistema Circulatório

() hipertensão Quanto tempo? _____ () edema Onde? _____ Problemas cardivasculares,
Quais? _____ () ICC

• Sistema Endócrino

Data da última menstruação: _____ Fluxo sanguíneo menstrual: _____
Diabetes Mellitus () sim () não Tipo _____ Quanto tempo? _____
Faz uso de Insulina () Tipo (ação rápida ou prolongada) _____ Horário _____ N° de
unidade/dia _____

Tireóide: () Hipotireoidismo () Hipertireoidismo () Hipoparatiroidismo
() Hiperparatiroidismo

3) Dados Bioquímicos:

Parâmetro	/	Parâmetro	/	Parâmetro	/

4) Hábitos Alimentares e Sociais:

Alergia ou Intolerância Alimentar: _____

Atividade física? () Sim () Não

Que tipo de atividade? _____ Com que freqüência? _____

Fumante: Ex () parou há: _____ anos Sim () _____ cigarros/dia Não ()

Consume bebida alcoólica? () Sim () Não

Consume alguma droga ilícita? () Sim () Não Quais? _____

Sono: _____

Quantas refeições você faz por dia?

() uma refeição () duas refeições () três refeições () ou mais de três Quantas? _____

Com que freqüência você consome cereais (arroz, milho, trigo, pães) massas, tubérculos (batata) e raízes (mandioca, macaxeira e aipim)?

() Todos os dias () 3 vezes por semana () 2 vezes por semana () 1 vez por semana () Não consome

Com que frequência você consome legumes e verduras?

- () 1 vez ao dia () 2 vezes ao dia () 3 vezes ao dia () Não consome

Com que frequência você consome frutas?

- () 1 vez ao dia () 2 vezes ao dia () 3 vezes ao dia () Não consome

Com que frequência você consome arroz e feijão?

- () Todos os dias () 3 vezes por semana () 2 vezes por semana () 1 vez por semana () Não consome

Com que frequência você consome leites e derivados?

- () 1 vez ao dia () 2 vezes ao dia () 3 vezes ao dia () Não consome

Com que frequência você consome carnes, aves e peixes?

- () 1 vez ao dia () 2 vezes ao dia () 3 vezes ao dia () Não consome

De que forma você consome aves e peixes?

- () com pele () sem pele

De que forma você consome as carnes?

- () com gordura aparente () sem gordura aparente

Com que frequência você consome refrigerantes, sucos industrializados, bolos, biscoitos doces e recheados, sobremesas doces e outras guloseimas?

- () Todos os dias () 3 vezes por semana () 2 vezes por semana () 1 vez por semana () Não consome

Acha confortável o ambiente que você faz suas refeições?

- () Sim () Não Onde? _____

Quantos copos de líquidos (água, suco, café, chá, leite) o paciente consome por dia?

- () menos de três copos () três a cinco copos () mais de cinco copos

Você tem dificuldade de se alimentar sozinho?

- () Sim () Não

5) ANAMNESE ALIMENTAR:

Levanta: _____

DESJEJUM	LANCHE
Intolerância ou alergia a alimentar	
Constipação	
Gástrica	
Diarréia	
COLAÇÃO	JANTAR
Sistema Digestório	
Boca: () dor () sanguinolento () protese	
Masticação: () dor () outros	
ALMOÇO	CEIA
Estômagos: () gastrite () úlcera () refluxo () hérnia	
Outros	
Infestinos: () pulgas () cães () gatos	
Dores abdominais	

SÁBADO/DOMINGO:

Observações:

Gosta	
	Não Gosta

6) DIAGNÓSTICO/IMPRESSÃO NUTRICIONAL:

7) GASTO ENERGÉTICO.

GEB:

GET

8) CONDUTA NUTRICIONAL

VET DA DIETA:

ORIENTAÇÕES.

Entrevistador/Coletador:

Data: / /



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL AO IDOSO NA AMAZÔNIA BRASILEIRA - PAIAMAB
ANEXO 7: Avaliação Multidimensional

Nome: _____ Nº de Controle: _____ / _____

- Bloco características sociodemográficas:**
01. Sexo: 1.M 2.F
02. Quantos anos completos o(a) Sr(a) tem?: _____
03. Qual a sua cor? (**leia todas as opções**):
 1. branca 2. parda/mulata/morena/caboca
 3. amarela/oriental 4. indígena 5. Negra 6. não sabe 7. não respondeu
04. Qual o seu estado civil?: (**leia todas as opções**):
 1. solteiro(a) 2. casado / amaziado(a)
 3. viúvo(a) 4. separado / desquitado / divorciado(a) 5. não sabe 6. não respondeu
05. Quantas pessoas vivem com o(a) sr(a) nesta casa, contando com o(a) sr(a)? _____
06. Quem são? (**leia as opções**):
 1. esposo(a) / companheiro(a) 2. Pais 3. Filhos
 4. irmãos 5. netos 6. outros parentes 7. outros _____ 8. mora só

07. Renda familiar: “*Qual a média salarial de cada morador da sua casa?*”

Salário Mensal: 1. até 1 SM 2. 1 a 3 SM 3. 4 a 10 SM 4. > 10 SM

Bloco das características de saúde do idoso

08. Em geral, o(a) sr.(a) diria que sua saúde está: (**leia as alternativas**)
 1. muito boa 2. Boa 3. Regular 4. Ruim 5. muito ruim 6. não sabe 7. não respondeu 8. NA
09. O médico já falou que o (a) sr(a) tem algum desses problemas de saúde? 0 Não 1 Sim

10. Patologias Diagnosticadas A: Sim B: Não

Pressão alta A B	Derrame A B	Demência ou problemas de memória A B
Obesidade A B	Osteoporose A B	Enfisema (DPOC)/bronquite/asma A B
Doenças do coração A B	Anemia A B	Doença de Parkinson A B
Câncer A B	Reumatismo ou artrose A B	Problemas de sono A B
Tuberculose A B	Problemas de coluna A B	Má circulação (varizes) A B
Diabetes A B	Problema renal A B	Outros A B
Quais?		

11. O (a) Sr(a) às vezes perde um pouco de urina na roupa, quando tosse, espirra, levanta da cama ou quando bexiga está um pouco cheia? 1. sim 2. não 3. não sabe

12. **Se a resposta for positiva:** Em que situação acontece? (**leia as opções**): 1. ao tossir, rir espirrar ou levantar da cama com a bexiga muito cheia 2. ao tossir, rir espirrar ou levantar da cama, mesmo se a bexiga não estiver muito cheia 3. dá uma vontade muito grande de ir ao banheiro e acaba não dando tempo 4. mista (a tossir, rir espirrar ou levantar da cama e quando dá uma vontade muito grande de ir ao banheiro e acaba não dando tempo) 5. NA 6. não sabe

13. O Sr(a) já sofreu ou costuma sofrer quedas : cair no chão por tropeçar, escorregar ou mesmo sem nenhum motivo? 1. sim 2. não 3. não sabe

14. Se a resposta for positiva:

Neste último ano, contando desde _____ (12 meses), quantas vezes o(a) sr(a) caiu? _____

15. Qual foi a consequência mais grave? _____

16. Elas aconteceram onde? (leia as alternativas**)**

1. dentro de casa 2. área externa (ex.quintal) 3. fora de casa 4. NA

17. Elas aconteceram como? 1. escorregar/tropeçar 2. desmaio/tonteira
 3. outros (descreva) _____ 4. NA

18. Em geral, o(a) sr.(a) diria que sua visão está: (**leia as alternativas**): 1. muito boa 2. boa
 3. Regular 4. ruim 5. muito ruim 6. não sabe 7. não respondeu 8. NA

19. Quais tarefas o(a) sr(a) tem dificuldade de realizar por dificuldade de enxergar?

20. Em geral, o(a) sr.(a) diria que sua audição está: (leia as alternativas)

1. muito boa 2. Boa 3. Regular 4. Ruim 5. muito ruim 6. não sabe 7. não respondeu 8. NA

21. Quais tarefas o(a) sr.(a) tem dificuldade de realizar por dificuldade em escutar?

Avaliação da Capacidade Funcional do Idoso (OARS)

22. ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA (leia as opções)

1. O Sr(a) toma as refeições:

2 – sem ajuda (capaz de tomar as refeições por si só, por exemplo cortar carne, descascar laranja) 1 – Com alguma ajuda (necessita de ajuda para, 0 – É incapaz de alimentar - se por si só

2. O Sr(a) consegue vestir e tirar suas roupas:

2 – sem ajuda (apanhar as roupas e usá-las por si só) 1 – com alguma ajuda
0 – não consegue de modo algum apanhar as roupas e usá-las por si só.

3. O(a) Sr(a) cuida de sua aparência como pentear-se e barbear-se(para homens) e maquiarse (para mulheres): 2 – sem ajuda 1 – com alguma ajuda 0 – Não pode cuidar por si de sua aparência

4. O(a) Sr(a) locomove-se:

2 – sem ajuda (exceto com bengala) 1 – com alguma ajuda (de uma pessoa ou com o uso de andador ou muletas) 0 – É completamente incapaz de locomover-se

5. O (a) Sr (a) deita-se e levanta-se da cama: 2 – sem ajuda ou apoio 1 – com alguma ajuda (de uma pessoa ou suporte qualquer) 0 – É dependente de alguém para levantar-se ou deitar-se da cama

6. O (a) Sr (a) toma banho : 2 – sem ajuda 1 – com alguma ajuda (necessita de ajuda para entrar e sair do banheiro ou um suporte durante o banho) 0 – É incapaz de banhar-se por si só

7. O (a) Sr (a) tem problemas em conseguir chegar em tempo ao banheiro:

2 – sim 1 – não 0 – usa sondagem vesical e / ou colostomia

8. Em caso afirmativo, com que freqüência o(a) sr(a) se molha ou se suja ?

2 – todos os dias 1 – uma a duas vezes por semana 0 – três ou mais vezes por semana 3- NA

23. ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA

9. O(a) SR(a) usa o telefone?

2 – sem ajuda para procurar número na lista quanto para discar
1 – com uma certa ajuda (consegue atender chamados, mas necessita de ajuda tanto para procurar número na lista quanto para discar) 0 – É completamente incapaz de usar o telefone

10. O(a) sr(a) vai a lugares distantes que exigem tomar condução?

2 – sem ajuda (viaja sozinho de ônibus, trem , metrô, táxi, carro) 1 – Com alguma ajuda (necessita de alguém para ajudar-lhe ou ir consigo na viagem) 0 – não pode viajar a menos que disponha de veículos especiais ou de arranjos emergências como ambulância

11. O(a) sr(a) faz compras de alimentos, roupas e de outras necessidades pessoais?

2 – sem ajuda (incluindo uso de transportes) 1 – Com alguma ajuda (necessita de alguém que o acompanhe em todo o trajeto das compras) 0 – Não pode ir fazer compras de modo algum

12. O(a) sr(a) prepara a sua própria refeição?

2 – Sem ajuda (planeja e prepara as refeições)
1 – Com certa ajuda (consegue preparar alguma coisa, mas não a refeição toda)
0 – Não consegue preparar a sua refeição de modo algum

13. O(a) sr(a) faz limpeza e arrumação da casa?

2 – sem ajuda (faxina e arrumação diária) 1 – Com ajuda (faz trabalhos leves, mas necessita ajuda para trabalhos pesados) 0 – não consegue fazer trabalho de casa de modo algum

14. O(a) sr(a) toma os medicamentos receitados?

2 – sem ajuda (na identificação do nome do remédio, no seguimento da dose e horário) 1 – com alguma ajuda (toma, se alguém preparar ou quando é lembrado a tomar) 0 – não consegue tomar por si só

15. O(a) sr(a) lida com as próprias finanças?

2 – sem ajuda (assina cheques, paga contas, controla saldo bancário, recebe aposentadoria ou pensão)
1 – Com alguma ajuda (lida com dinheiro para as compras do dia-a-dia, mas necessita de ajuda para controle bancário e pagamento de contas maiores e ou recebimento de aposentadoria ou pensão)
0 – não consegue mais lidar com finanças.



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL AO IDOSO NA AMAZÔNIA BRASILEIRA -
PAIAMAB**

ANEXO 8: FICHA DE AVALIAÇÃO

Nome: _____ Nº de Controle: _____ / _____

Você pratica atividade física? Qual?

Você tem alguma doença diagnosticada no joelho? Qual?

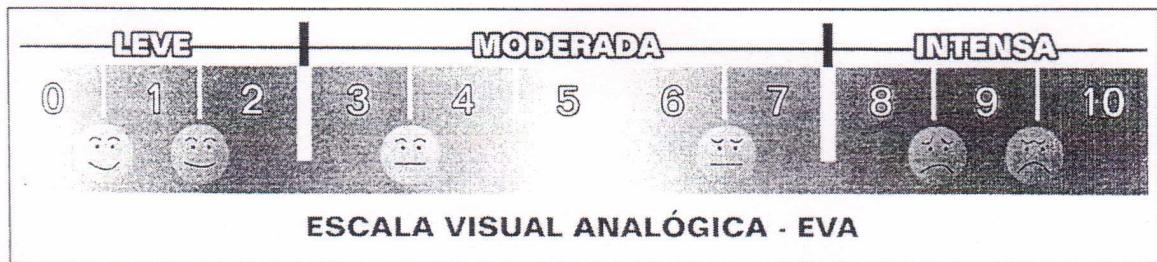
Algum parente seu tem ou teve essa doença?

Você sente dor no joelho?

Há mais ou menos quanto tempo você sente dor? _____

Essa dor atrapalha as suas atividades diárias?

Como você classificaria a sua dor no joelho? De 0 a 10, sendo 0 nenhuma dor e 10 uma dor insuportável. (Por favor, marque a alternativa).



FIM DA ENTREVISTA.

Segundos: _

FIM DA ENTREVISTA.

Data: _____ / _____ / _____



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL AO IDOSO NA AMAZÔNIA BRASILEIRA - PAIAMAB

ANEXO 9: ANAMNESE

NOME: _____ NÚMERO CONTROLE: _____

PA: _____
FR: _____

Hemograma: _____
Glicemia: _____ Pulso: _____
IMC: _____

1. QUEIXA PRINCIPAL E DURAÇÃO

2. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL (HDA) (duração total, início, curso, características, sintomas associados, efeitos de tratamentos, progressão, repercussões sobre a vida do paciente, ordem cronológica, sintomas associados)

3. INTERROGATÓRIO SINTOMATOLÓGICO

Sintomas gerais: alterações do peso (em quanto tempo), febre, calafrios, astenia, sudorese noturna, anorexia

Pele e fâneros: prurido, lesões cutâneas (localização), alopecia, alterações da pigmentação, anormalidades nos pêlos e na aparência ungueal

Cabeça e pescoço: cefaléia, cervicalgia, limitação da movimentação do pescoço, tumoracões cervicais

Olhos: dor ocular, perda de acuidade visual, diplopia, fotofobia, lacrimejamento, secreção conjuntival, escotomas visuais, visão turva, correção com óculos ou lentes de contato.

Ouvidos, nariz e seios da face: otalgia, algias faciais, congestão periorbitária, epistaxe, otorréia, rinorréia, obstrução nasal, espirros freqüentes, gota pós-nasal, zumbidos, acuidade auditiva, vertigem

Cavidade Oral: odontalgia, gengivorragias, ulcerações da mucosa, queimação ou ardência da língua, odinofagia, sialose, dor em ATM

Mamas: mastalgia, descarga mamilar, nódulos palpáveis. ginecomastia no homem

Respiratório: tosse, expectoração (aspecto e quantidade), rouquidão, hemoptise, dor torácica, dispnéia, chiado no tórax

Cardiovascular: precordialgia, palpitações, dispneia de esforço, noturna e de decúbito, síncope, edema, cianose, claudicação intermitente, veias varicosas, úlceras de perna

Gastrintestinal: disfagia, pirose, intolerância alimentar, eructações, empachamento, regurgitação, epigastralgia, cólicas, icterícia, náuseas e vômitos, hematêmese, hábito intestinal (nº de evacuações diárias, aspecto das fezes - cor e consistência -, presença de elementos anormais - sangue, muco e/ou pus), tenesmo evacuatório, dor e prurido retal, enterorragia, melena, meteorismo, cólicas, flatulência, obstipação intestinal

Urinário: dor (lombar, no flanco, vesical), disúria, alterações miccionais, estrangúria, polaciúria, alterações da cor e odor da urina, nictúria, enurese, oligúria, poliúria, incontinência urinária de esforço (mulher), gotejamento terminal e força do jato urinário (homem), eliminação de cálculos durante a micção

Genital: homem (corrimento uretral, lesões genitais, disfunções sexuais); mulher (leucorréia, prurido vulvovaginal, sangramento intermenstrual, dor pélvica, dispareunia)

Osteoarticular: artralgias, rigidez matinal, edema articular, limitação de movimentos, deformidades, lombalgia

Hematopoiético: palidez, tendências hemorrágicas, linfadenomegalias, esplenomegalia, hepatomegalia

Endócrino: intolerância ao frio ou ao calor, poliúria, polifagia e polidipsia, hirsutismo

Nervoso: paresias (paralisia moderada), paralissias, parestesias, atrofias musculares, tremores, convulsões, ausências, perturbações da memória (amnésia transitória ou permanente)

Psiquismo: insônia, nervosismo, choro freqüente, irritabilidade, tristeza, sentimento de culpa, perda de interesse e prazer no trabalho e no lazer

4. ANTECEDENTES PESSOAIS FISIOLÓGICOS

Condições de gestação e nascimento:

Imunizações (BCG, DTP, antipoliomielite, hepatite viral, antitetânica,gripe)

Adolescência: (puberdade, surgimentos dos caracteres secundários)

Atividade sexual e vida reprodutiva (primeiro contato, parceiros, freqüência de relações, camisinha, menstruação (fluxo, ciclo), gestações, partos)

Climatério: (idade da menopausa, ondas de calor, ressecamento vaginal)

Senectude: (como o paciente se sente no ambiente familiar, solidão, viuvez, pensão, aposentadoria, atividades diárias)

5. ANTECEDENTES PESSOAIS PATOLÓGICOS

Doenças da infância (sárampo, catapora, rubéola, caxumba):

Doenças apresentadas na vida adulta (tuberculose, DST, hepatite, diabetes, hipertensão arterial sistêmica, cardiopatias, epilepsias, febre reumática, asma, aborto espontâneo ou não, disfunção sexual)

Antecedentes de alergia:

Cirurgias:

Hospitalizações: _____

Traumatismos: _____

Hemotransfusões: _____

Uso de drogas injetáveis: _____

Medicações de uso prolongado: _____

6. ANTECEDENTES FAMILIARES

7. ANTECEDENTES SOCIAIS

Condições de habitação e higiene: _____

Condições de alimentação: _____

Nível de instrução: _____

História Ocupacional: _____

Religião: _____

Renda familiar mensal: _____

Relações interpessoais: (se existe problema de relacionamento na família - se o paciente tem amigos - sente solidão - tem ressentimento) _____

Problemas psicossociais: (maior preocupação do paciente - o que lhe estressava antes da internação - sofreu alguma perda importante no passado - sente-se realizado - se houve expectativas frustradas): _____

Hábitos e costumes: tabagismo (duração, tipo de cigarro, nº de cigarros consumidos por dia), consumo de álcool (duração, tipo de bebida, quantidade consumida), banhos de rios açudes e lagoas (localidade e época), contato com o triatomíneo, contato com animais domésticos, prática regular de exercícios físicos (tipo e freqüência), sono, lazer, viagens, uso de drogas ilícitas

Entrevistador/Coletador: _____ Data: ____ / ____ / ____