

QUESTIONÁRIO AUTO-REFERIDO DE CONDIÇÕES / SITUAÇÕES DE SAÚDE

CONDIÇÕES / SITUAÇÕES DE SAÚDE GERAIS		SE SIM, QUAL É A MATERNIDADE DE REFERÊNCIA?
ESTÁ GESTANTE? ☐ Sim ☐ Não		
SOBRE SEU PESO, VOCÊ SE CONSIDERA? ☐ Abaixo do Peso ☐ Peso Adequado ☐ Acima do Peso	TEM DOENÇA RESPIRATÓRIA / NO PULMÃO? ☐ Sim ☐ Não SE SIM, INDIQUE QUAL(IS):** ☐ Asma ☐ DPOC/Enfisema ☐ Outro ☐ Não Sabe	
ESTÁ FUMANTE? ☐ Sim ☐ Não	ESTÁ COM HANSENÍASE? ☐ Sim ☐ Não	
FAZ USO DE ÁLCOOL? ☐ Sim ☐ Não	ESTÁ COM TUBERCULOSE? ☐ Sim ☐ Não	
FAZ USO 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 SE SIM, POR QUAL CAUSA? _____	
TEM DIABETES? ☐ Sim ☐ Não	FEZ OU FAZ TRATAMENTO COM PSIQUIATRA OU TEVE INTERNAÇÃO POR PROBLEMA DE SAÚDE MENTAL? ☐ Sim ☐ Não	
TEVE AVC / DERRAME? ☐ Sim ☐ Não	ESTÁ ACAMADO? ☐ Sim ☐ Não	
TEVE INFARTO? ☐ Sim ☐ Não	ESTÁ DOMICILIADO? ☐ Sim ☐ Não	
TEM DOENÇA CARDÍACA / DO CORAÇÃO? ☐ Sim ☐ Não SE SIM, INDIQUE QUAL(IS):** ☐ Insuficiência Cardíaca ☐ Outro ☐ Não Sabe	USA PLANTAS MEDICINAIS? ☐ Sim ☐ Não SE SIM, INDIQUE QUAL(IS): _____	
TEM OU TEVE PROBLEMAS NOS RINS? ☐ Sim ☐ Não SE SIM, INDIQUE QUAL(IS):** ☐ Insuficiência Renal ☐ Outro ☐ Não Sabe	USA OUTRAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES? ☐ Sim ☐ Não	
OUTRAS CONDIÇÕES DE SAÚDE: _____ 1 - QUAL? _____ 2 - QUAL? _____ 3 - QUAL? _____		

CIDADÃO EM SITUAÇÃO DE RUA		É ACOMPANHADO POR OUTRA INSTITUIÇÃO?
ESTÁ EM SITUAÇÃO DE RUA?* ☐ Sim ☐ Não	SE SIM, INDIQUE QUAL(IS): _____	
TEMPO EM SITUAÇÃO DE RUA? ☐ < 6 meses ☐ 6 a 12 meses ☐ 1 a 5 anos ☐ > 5 anos	VISITA ALGUM FAMILIAR COM FREQUÊNCIA? ☐ Sim ☐ Não SE SIM, QUAL É O GRAU DE PARENTESCO? _____	
RECEBE ALGUM BENEFÍCIO? ☐ Sim ☐ Não	TEM ACESSO A HIGIENE PESSOAL? ☐ Sim ☐ Não	
POSSUI REFERÊNCIA FAMILIAR? ☐ Sim ☐ Não	SE SIM, INDIQUE QUAL(IS):** ☐ Banho ☐ Acesso ao Sanitário ☐ Higiene Bucal ☐ Outros	
QUANTAS VEZES SE ALIMENTA AO DIA? ☐ 1 vez ☐ 2 ou 3 vezes ☐ mais de 3 vezes		
QUAL A ORIGEM DA ALIMENTAÇÃO? ☐ Restaurante Popular ☐ Doação Restaurante ☐ Outros ☐ Doação Grupo Religioso ☐ Doação de Popular		

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

* Campo Obrigatório

** Campo obrigatório condicionado à pergunta anterior