

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	
TEM DIABETES? ☐ Sim ☐ Não		SE SIM, POR QUAL CAUSA? _____	
TEVE AVC / DERRAME? ☐ Sim ☐ Não		FEZ OU FAZ TRATAMENTO COM PSIQUIATRA 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 SE SIM, INDIQUE QUAL(IS). ** ☐ Insuficiência Cardíaca ☐ Outro ☐ Não Sabe		ESTÁ DOMICILIADO? ☐ Sim ☐ Não	
TEM OU TEVE PROBLEMAS NOS RINS? ☐ Sim ☐ Não SE SIM, INDIQUE QUAL(IS). ** ☐ Insuficiência Renal ☐ Outro ☐ Não Sabe		USA PLANTAS MEDICINAIS? ☐ Sim ☐ Não SE SIM, INDIQUE QUAL(IS). _____	
OUTRAS CONDIÇÕES DE SAÚDE: 1 - QUAL? _____ 2 - QUAL? _____ 3 - QUAL? _____			

CIDADÃO EM SITUAÇÃO DE RUA		É ACOMPANHADO POR OUTRA INSTITUIÇÃO? ☐ Sim ☐ Não	
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	
RECEBE ALGUM BENEFÍCIO? ☐ Sim ☐ Não		SE SIM, QUAL É O GRAU DE PARENTESCO? _____	
POSSUI REFERÊNCIA FAMILIAR? ☐ Sim ☐ Não		TEM ACESSO A HIGIENE PESSOAL? ☐ Sim ☐ Não	
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		SE SIM, INDIQUE QUAL(IS). ** ☐ Banho ☐ Acesso ao Sanitário ☐ Higiene Bucal ☐ Outros	

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

* Campo Obrigatório

** Campo obrigatório condicionado a pergunta anterior