

007.059.054 *hente*

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ARAPUTANGA MT



PSF- PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

FICHA CADASTRAL

Nome: _____ RG: _____
Data de Nasc: ____/____/____ Sexo: _____ Estado Civil: _____
Endereço: _____
Telefone: _____ CEP: _____
Profissão: _____
Onde Trabalha: _____
CNS: _____
Assinatura: _____

ANAMNESE

Está em tratamento médico? () sim () não. Qual? _____
Está tomando algum medicamento? () sim () não. Qual? _____
Tem algum tipo de alergia? () sim () não. Qual? _____
Tem alergia a algum medicamento? () sim () não. Qual? _____
Tem ou teve Diabetes? () sim () não _____
Tem ou teve Hepatite? () sim () não _____
Já teve Hanseníase? () sim () não _____
Já desmaiou alguma vez? () sim () não _____
Fuma? () sim () não _____
Sua pressão é: () normal () alta () baixa () controlada por medicamento _____
Tem ou teve problema de coração? () sim () não _____
Quando se corta, há um sangramento: () normal () excessivo _____
Está grávida? () sim () não _____
Já foi submetido a alguma cirurgia? () sim () não. Qual? _____

007.059.054 verso

48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38

[illegible]