

QUESTIONÁRIO AUTORREFERIDO DE CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE

CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE GERAIS

ESTÁ GESTANTE? ☐ Sim ☐ Não

SE SIM, QUAL É A MATERNIDADE DE REFERÊNCIA?

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(ES):**

☐ Asma ☐ DPOC/Enfisema ☐ Outra ☐ Não Sabe

ESTÁ FUMANTE?

☐ Sim ☐ Não

FAZ USO DE ÁLCOOL?

☐ Sim ☐ Não

FAZ USO DE OUTRAS DROGAS?

☐ Sim ☐ Não

TEM HIPERTENSÃO ARTERIAL?

☐ Sim ☐ Não

TEM DIABETES?

☐ Sim ☐ Não

TEVE AVC/DERRAME?

☐ Sim ☐ Não

TEVE INFARTO?

☐ Sim ☐ Não

TEM DOENÇA CARDÍACA/DO CORAÇÃO?

☐ Sim ☐ Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(ES):**

☐ Insuficiência Cardíaca ☐ Outra ☐ Não Sabe

TEM OU TEVE PROBLEMAS NOS RINS?

☐ Sim ☐ Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(ES):**

☐ Insuficiência Renal ☐ Outro ☐ Não Sabe

OUTRAS CONDIÇÕES DE SAÚDE

1 - QUAL?

2 - QUAL?

3 - QUAL?

CIDADÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

ESTÁ EM SITUAÇÃO DE RUA?*

☐ Sim ☐ Não

TEMPO EM SITUAÇÃO DE RUA?

☐ < 6 meses ☐ 6 a 12 meses ☐ 1 a 5 anos ☐ > 5 anos

É ACOMPANHADO POR OUTRA INSTITUIÇÃO?

☐ Sim ☐ Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(ES):

RECEBE ALGUM BENEFÍCIO?

☐ Sim ☐ Não

POSSUI REFERÊNCIA FAMILIAR?

☐ Sim ☐ Não

QUANTAS VEZES SE ALIMENTA AO DIA?

☐ 1 vez ☐ 2 ou 3 vezes ☐ mais de 3 vezes

VISITA ALGUM FAMILIAR COM FREQUÊNCIA?

☐ Sim ☐ Não

SE SIM, QUAL É O GRAU DE PARENTESCO?

QUAL A ORIGEM DA ALIMENTAÇÃO?

☐ Restaurante Popular ☐ Doação Restaurante ☐ Outras
☐ Doação Grupo Religioso ☐ Doação de Popular

TEM ACESSO À HIGIENE PESSOAL?

☐ Sim ☐ Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(ES):**

☐ Banho ☐ Acesso ao Sanitário ☐ Higiene Bucal ☐ Outras

Legenda: ☐ Opção múltipla de escolha ☐ Opção única de escolha (marcar X na opção desejada)

Microárea: usar 01 a 99 para o número da microárea.

FA: Fora de Área

*Campo obrigatório

**Campo obrigatório condicionado à pergunta anterior