

# 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

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(IS).\*\*  Insuficiência Cardíaca  Outra  Não Sabe

TEM OU TEVE PROBLEMAS NOS RINS?  Sim  Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).\*\*  Insuficiência Renal  Outro  Não Sabe

OUTRAS CONDIÇÕES DE SAÚDE

1 - QUAL? \_\_\_\_\_

2 - QUAL? \_\_\_\_\_

3 - QUAL? \_\_\_\_\_

TEM DOENÇA RESPIRATÓRIA/NO PULMÃO?  Sim  Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).\*\*  Asma  DPOC/Enfisema  Outra  Não Sabe

ESTÁ COM HANSENÍASE?  Sim  Não

ESTÁ COM TUBERCULOSE?  Sim  Não

TEM OU TEVE CÂNCER?  Sim  Não

TEVE ALGUMA INTERNACÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES?  Sim  Não

SE SIM, POR QUAL CAUSA? \_\_\_\_\_

TEVE DIAGNÓSTICO DE ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE MENTAL POR PROFISSIONAL DE SAÚDE?  Sim  Não

ESTÁ ACAMADO?  Sim  Não

ESTÁ DOMICILIADO?  Sim  Não

USA PLANTAS MEDICINAIS?  Sim  Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(IS). \_\_\_\_\_

USA OUTRAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES?  Sim  Não

**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

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

QUAL A ORIGEM DA ALIMENTAÇÃO?  Restaurante Popular  Doação Restaurante  Outras  Doação Grupo Religioso  Doação de Popular

É ACOMPANHADO POR OUTRA INSTITUIÇÃO?  Sim  Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(IS). \_\_\_\_\_

VISITA ALGUM FAMILIAR COM FREQUÊNCIA?  Sim  Não

SE SIM, QUAL É O GRAU DE PARENTESCO? \_\_\_\_\_

TEM ACESSO À HIGIENE PESSOAL?  Sim  Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).\*\*  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