



GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
Diretoria de Assistência Farmacêutica
Coordenação de Assistência Farmacêutica na Atenção Especializada

FORMULÁRIO DE ESQUIZOFRENIA – MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

DATA: ____ / ____ / ____

NOME DO PACIENTE: _____

Nº CARTÃO SUS _____ **DATA DE NASCIMENTO:** ____ / ____ / ____

IDADE: _____

ENDEREÇO: _____ **CIDADE:** _____

MÉDICO RESPONSÁVEL: _____

TELEFONE: _____ **SERVIÇO:** _____

MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

DATA	____/____/____	____/____/____	____/____/____
PESO	_____	_____	_____
ALTURA	_____	_____	_____
CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL	_____	_____	_____
CIRCUNFERÊNCIA DO QUADRIL	_____	_____	_____

PRESSÃO ARTERIAL

DATA	____/____/____	____/____/____	____/____/____
PRESSÃO ARTERIAL	_____	_____	_____

ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE RESPONSÁVEL