



**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 MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

### TRANSTORNO ESQUIZOAFETIVO

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