



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 AFETIVO BIPOLAR TIPO I

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