

**GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA**

Secretaria da Saúde do Estado da Bahia - SESAB

Superintendência de Assistência Farmacêutica, Ciência e Tecnologia em Saúde - SAFTEC

Diretoria de Assistência Farmacêutica – DASF

Coordenação de Assistência Farmacêutica na Atenção Especializada - COAFE

**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