

**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 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