

FICHA MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

AVALIAÇÕES NECESSÁRIAS PARA OBTENÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA AUTISMO, ESQUIZOFRENIA, TRANSTORNO ESQUIZOAFETIVO E TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR 1.

PACIENTE: _____

MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS:

- Peso: _____
- Altura: _____
- Circunferência abdominal: _____
- Circunferência do quadril: _____

AFERIÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL EM DATAS DIFERENTES:

- Data: ____/____/____ Resultado: ____/____ mmHg
- Data: ____/____/____ Resultado: ____/____ mmHg
- Data: ____/____/____ Resultado: ____/____ mmHg

Data: ____/____/____

Assinatura e Carimbo do Profissional Responsável pelas informações