For 161 Rev 01

Ficha de Avaliação –APAE QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE

Nome:			
Data de nascimento: ...../...../.....	**Sexo:** ( ) M ( ) F	**Cor ou raça:** ( ) Branca ( ) Preta ( ) Parda ( ) Amarela ( ) Indígena	**Q.I (Pontuação).....** **CID: .....**
Apresenta deficiência múltipla? ( ) Não ( ) Sim Qual:		**Condição da deficiência:** ( ) Congênita ( ) Adquirida Idade.....	
Apresenta alguma síndrome? ( )Não ( ) Sim Qual:		**Cadeira de rodas:** ( ) Não ( ) Sim	
Doenças: ( ) Hipertensão ( ) Diabetes ( ) Cardiopatias ( ) Hipotireoidismo ( ) Epilepsia ( ) Outras			
Medicamentos:			
Observações:			

Avaliações

Data (Dia/Mês/Ano)	Peso (Kg)	Estatura (cm)*	Abdômen (cm)	Pescoço (cm)	Pressão arterial (PA)

* No campo estatura, o avaliador deve inserir o valor da estatura quando usar o método convencional com estadiômetro, ou inserir o valor da tíbia em casos específicos (ver manual).

Obs: *Utilizar o verso da folha para informações adicionais.*