

FICHA MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

**AVALIAÇÕES NECESSÁRIAS PARA OBTENÇÃO DE MEDICAMENTOS
PARA ESQUIZOFRENIA, TRANSTORNO ESQUIZOAFETIVO E
TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR 1:**

PACIENTE: _____

MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS:

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

TRÊS MEDIDAS DE PRESSÃO ARTERIAL EM DATAS DIFERENTES:

1. **Data:** ____/____/____ **Resultado:** ____/____ mmHg

2. **Data:** ____/____/____ **Resultado:** ____/____ mmHg

3. **Data:** ____/____/____ **Resultado:** ____/____ mmHg

DATA: -----/-----/-----

PROFISSIONAL