

SERVIÇO SOCIAL



Nome do paciente _____

Nome do médico _____

Telefone do paciente _____ Telefone da Liga _____

Liga de Hipertensão de _____



Dept. de Hipertensão Arterial
da Sociedade Brasileira de Cardiologia
Seção Ligas de Hipertensão

Prontuário _____ Ficha _____ Data ____ / ____ / ____

Identificação

Nome _____

Endereço _____

Bairro _____ Cidade _____ Estado _____ CEP _____

Telefone _____

Data de nasc.: ____ / ____ / ____ Idade _____ Sexo _____ Estado civil _____

RG: _____ Convênio _____

Escolaridade

Analfabeto

1º grau

Completo

Alfabetização rudimentar

2º grau

Incompleto

Superior

Condições socioeconômica

Ativo

Inativo

Aposentado

Dependente

Desempregado

Profissão _____

PA _____ Peso _____ kg Altura _____ m

Circunferência abdominal _____ Glicemia _____

Colesterol total _____ HDL _____

LDL _____ Triglicérides _____



Dept. de Hipertensão Arterial
da Sociedade Brasileira de Cardiologia
Seção Ligas de Hipertensão

Data: ____ / ____ / ____

Pront. _____

Situação Profissional

Profissão: _____

Situação atual: _____

- Em atividade – Local: _____
 Função: _____
 Salário: _____ Única renda: Sim Não
- Afastado Motivo: _____ Renda: _____
- Aposentado Motivo: _____ Renda: _____
- Desempregado Motivo: _____ Renda: _____
- Sem ocupação Motivo: _____ Renda: _____

Situação Habitacional

- Alugada Valor: _____ Própria Cedida
- Tipo de moradia: Casa Apto. Barraco
 Cômodo Porão Outros
 Luz elétrica
- Saneamento básico: Água encanada Outros
 Rede de esgoto Céu aberto Fossa

Composição familiar

Parentesco	Idade	Profissão	Renda



Família Origem/Genograma

Pai	Mãe	Irmãos

Dinâmica Familiar

- Relacionamento familiar/Fatores de interferência/Atividades diárias

- Relacionamento com meio de trabalho

- Relações sociais/Participação social

Cuidador: Sim Não Motivo: _____

Visita domiciliar: Sim Não Motivo: _____

Convênio de saúde: Sim Não Motivo: _____

Encaminhamentos

Observação



Dept. de Hipertensão Arterial
da Sociedade Brasileira de Cardiologia
Seção Ligas de Hipertensão