

## DADOS PESSOAIS

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_ Ocupação atual: \_\_\_\_\_

Naturalidade: \_\_\_\_\_ Procedência: \_\_\_\_\_ Residência: \_\_\_\_\_

Plano de saúde: \_\_\_\_\_ Tipo sanguíneo: \_\_\_\_\_

## ENDEREÇO ATUAL E CONTATOS

Endereço: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Compl. \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ Tel. Fixo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

## DADOS ADMINISTRATIVOS

Encaminhamento:  Externo  Interno

Hospital / Profissional: \_\_\_\_\_

Ano do diagnóstico: \_\_\_\_\_

Duração da doença:  < 2 Anos  2 - 5 Anos  > 5 Anos

Data da 1ª Consulta / GAMEDII: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Números de internações devido à doença: \_\_\_\_\_

Avaliação da Equipe Multiprofissional:

Enfermeira  Psicóloga  Fisioterapeuta  
 Nutricionista  Assistente Social  Farmacêutica

Conhecimento do GAMEDII:

Profissional  Amigos  Google  
 Facebook  Revistas  Outros