

## DADOS PESSOAIS

Nome: ..... Idade: .....

Sexo: ..... Estado civil: ..... Religião: .....

Profissão: ..... Ocupação atual: .....

Naturalidade: ..... Procedência: .....

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 a 5 anos  >5 anos

1ª consulta no GAMEDII: ..... / ..... / ..... Número 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