



**ANEXO I – ENTREVISTA QUALIFICADA
FORMULÁRIO HISTÓRICO DE SAÚDE DO BENEFICIÁRIO
PAS-UFMS**

NOME: _____ **IDADE:** _____

Assinale com **SIM** ou **NÃO** na tabela abaixo, as doenças ou condições que o futuro beneficiário **é ou foi portador**:

CONDIÇÃO	RES	CONDIÇÃO	RES
1 Aborto espontâneo		28 Labirintite	
2 AIDS ou SIDA		29 Febre reumática / reumatismo	
3 Alcoolismo, drogas, tabagismo		30 Fraturas, distúrbios ósseos	
4 Alergia (inclusive a medicamentos)		31 Fez algum tratamento médico prolongado?	
5 Anemia / distúrbio do sangue		32 Gota	
6 Artrite / distúrbio do sangue		33 Gravidez	
7 Câncer, tumor, cisto		34 Hemorroidas	
8 Choque anafilático		35 Hérnia	
9 Cirrose e outros distúrbios do fígado		36 Implante de prótese	
10 Colite ou outros distúrbios intestinais		37 Obesidade ou problemas de peso (ganho ou perda)	
11 Doença da coluna		38 Paralisia, distrofia muscular, esclerose	
12 Defeitos físicos		39 Problema de ouvido	
13 Derrame		40 Problemas no coração	
14 Distúrbio da mama		41 Problemas renais	
15 Distúrbio do cérebro		42 Próstata / problemas nos órgãos sexuais	
16 Distúrbio da pressão arterial		43 Sequelas de acidentes pessoais	
17 Distúrbio da visão		44 Úlcera de qualquer tipo	
18 Distúrbios glandulares / endocrinológicos / diabetes / tireoide		45 Fez algum tipo de cirurgia (detalhar na próxima página)	
19 Distúrbio Na Menstruação, Ovário e Útero		46 Distúrbio da vesícula	
20 Distúrbio no sistema nervoso		47 Tem alguém na família com alguma doença grave ou crônica	
21 Distúrbio psiquiátrico/psicológico, incluindo depressão		48 Em caso de gravidez, data esperada do nascimento (detalhar)	
22 Distúrbios vasculares / flebite / trombose / varizes		49 Outros (detalhar)	
23 Doenças congênitas			
24 Convulsões / epilepsia			
25 Doenças de pele			
26 Doenças venéreas			
27 Dores de cabeça / enxaqueca			

Assinatura do declarante.

