

## **Checklist para acolhimento/primeiro atendimento**

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

Nome social: \_\_\_\_\_

Filiação: \_\_\_\_\_

CNS : \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

Sexo : \_\_\_\_\_

Gênero : \_\_\_\_\_

Verificar se é pessoa gestante: ( ) Sim ( ) Não

Verificar se é pessoa com deficiência: ( ) Sim ( ) Não

Se sim, especificar (auditiva, visual, intelectual, física):

( ) Auditiva ( ) Visual ( ) Intelectual ( ) Física

Escolaridade : \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Nacionalidade: \_\_\_\_\_

Idiomas que domina: \_\_\_\_\_

Procedência (cidade/País): \_\_\_\_\_

Data da chegada: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Deslocamentos (antes da chegada no Brasil): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## HISTÓRICO DE SAÚDE EM GERAL:

### Verificar:

- Como está o estado emocional?
- Se há histórico de tratamento/atendimento em saúde mental;
- Hipertensão Arterial: ( ) Sim ( ) Não
- Diabetes:( ) Sim ( ) Não
- Cardiopatia: ( ) Sim ( ) Não
- Alergias – quais:\_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- Outras patologias – quais:\_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- Se está em uso de medicamentos - quais:\_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- Se apresenta algum sinal/sintoma - quais:\_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- Os sintomas estão relacionados a: doença aguda febril ou sinais e sintomas neuromusculares (PFA), respiratórios, exantemáticos e/ou diarreicos? : ( ) Sim ( ) Não

**OBS:** Se sim, reportar imediatamente à UVIS da área de abrangência.

### OBSERVAÇÕES:

---

---

---

---

---