



<b>RELATÓRIO MÉDICO PADRONIZADO – COMPORTAMENTO AGRESSIVO COMO TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO</b>	
<b>Nome Paciente:</b>	
<b>Data de Nascimento:</b>	<b>CID:</b>
<b>Medidas Antropométricas:</b>	
- Peso: _____	- Circunferência abdominal: _____
- Altura: _____	- Circunferência do quadril: _____
<b>Registro de três medidas de pressão arterial e de pulso em três datas diferentes:</b>	
____/____/____: _____; ____/____/____: _____ e ____/____/____: _____	
<b>Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas do paciente.</b>	
<b>HISTÓRICO DO PACIENTE E FAMILIAR</b>	
<b>Obesidade:</b> ( ) Paciente ( ) Pai ( ) Mãe ( ) Avôs Maternos ( ) Avôs Paternos ( ) Não	
<b>Diabete melito:</b> ( ) Paciente ( ) Pai ( ) Mãe ( ) Avôs Maternos ( ) Avôs Paternos ( ) Não	
<b>Dislipidemia:</b> ( ) Paciente ( ) Pai ( ) Mãe ( ) Avôs Maternos ( ) Avôs Paternos ( ) Não	
<b>Hipertensão arterial:</b> ( ) Paciente ( ) Pai ( ) Mãe ( ) Avôs Maternos ( ) Avôs Paternos ( ) Não	
<b>Doença cardiovascular:</b> ( ) Paciente ( ) Pai ( ) Mãe ( ) Avôs Maternos ( ) Avôs Paternos ( ) Não	
<b>Prévia de síndrome neuroléptica maligna?</b> ( ) Sim ( ) Não	
<b>Distonia ou discinesia?</b> ( ) Sim ( ) Não	
<b>Tentativa ou risco de suicídio?</b> ( ) Sim ( ) Não	
<b>Outras comorbidades?</b> _____	
<b>Realizou intervenção não farmacológicos anteriormente?</b> ( ) Sim ( ) Não	
<b>Quais?</b> _____	
<b>Houve baixa resposta ou não adesão às intervenções não farmacológicas anteriores?</b> ( ) Sim ( ) Não	

Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

---

ASSINATURA DO MÉDICO ASSISTENTE E CARIMBO